

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde
Kátia Souza Rezende

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES SOBRE SAÚDE: um estudo
de caso em escolas públicas de Belo Horizonte**

Diamantina
2016

Kátia Souza Rezende

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES SOBRE SAÚDE: um estudo
de caso em escolas públicas de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, nível de mestrado profissional, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Afrânio Sant'Anna

**Diamantina
2016**

Ficha Catalográfica
Preparada pelo Serviço de Biblioteca/UFVJM
Bibliotecária responsável: Graziela Lopes da Costa – CRB6 nº 2807

R467r Rezende, Kátia Souza.
2016 As representações sociais de professores sobre saúde: um estudo de caso em escolas públicas de Belo Horizonte. / Kátia Souza Rezende. Diamantina: UFVJM, 2016.
 108 p.: il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Programa de Pós-Graduação em Ensino em saúde, 2016.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Afrânio Sant'Anna.

1. Paradigmas de saúde. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Representações sociais. 4. Promoção da saúde. 5. Saúde coletiva I. Título.

CDD: 610

Kátia Souza Rezende

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES SOBRE SAÚDE: um estudo
de caso em escolas públicas de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM SAÚDE, nível de MESTRADO como parte dos requisitos para obtenção do título de MAGISTER SCIENTIAE EM ENSINO EM SAÚDE

Orientador: Prof. Dr. Paulo Afrânio Sant'Anna

Data da aprovação: 02/09/2016

Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Antunes Rocha - UFMG

Prof. Dr. Diogo Neves Pereira – UFVJM

Prof. Dr. Paulo Afrânio Sant'Anna – UFVJM

Diamantina

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que sempre me guiou, oferecendo luz nos momentos difíceis e muita força para superá-los.

À minha mãe, pelos ensinamentos de vida, pelos conselhos que sempre me ajudaram que fizeram me sentir capaz.

Às minhas irmãs Kelly e Karine pela paciência e apoio em trilhar meu caminho.

Ao meu orientador Professor Dr. Paulo Afrânio Sant'Anna, por acreditar no meu potencial, pela compreensão e dedicação, pelo compartilhamento de ideias, informações e transmissão de conhecimentos e pelas críticas sempre oportunas.

A professora Dra. Maria Isabel Antunes Rocha e os professores do ENSA Dr. Diogo Neves Pereira e Dr. João Luiz de Miranda por aceitarem o convite em participar da banca examinadora.

Aos colegas do MESP pela adorável convivência em sala de aula.

Em especial, a companheira de mestrado Jucimeire Fagundes, pelo carinho com que sempre escutou minhas ansiedades e dúvidas no percurso desse trabalho.

À amiga Lenniara que acompanhou minha trajetória em Diamantina.

Ao Lucas Figueiredo pelo apoio e carinho durante o percurso do mestrado.

As diretoras das escolas participantes, por aceitarem colaborar com o estudo.

A todos os professores, que gentilmente participaram deste estudo.

À PRPPG/UFVJM através da CAPES, pelo incentivo financeiro durante o mestrado.

E por fim, a todos aqueles que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

Os barcos estão seguros se permanecem no porto.

Mas não foram feitos para isso.

John A Shedd.

RESUMO

A escola se apresenta como um campo fértil para a implementação de propostas, estratégias e ações de promoção da saúde, tornando-se lugar de interlocução entre saúde e educação. As ações de saúde que são desenvolvidas nas escolas podem ser compreendidas a partir da concepção de saúde que circula neste espaço. O Programa Saúde na Escola (PSE) é visto como elemento que altera o cotidiano escolar, fazendo emergir representações sociais sobre saúde atravessadas pelas ações de saúde que são realizadas neste espaço. Estas representações, por sua vez, influenciam as atividades, percepções, valores, julgamentos e decisões dos professores no âmbito da saúde. Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo identificar as Representações Sociais sobre saúde dos professores de três escolas da rede pública de ensino de Belo Horizonte e seu impacto no desenvolvimento do Programa Saúde na Escola. Para tanto, foram realizados três grupos focais com os professores das três escolas estudadas. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, que permitiu identificar o processo de mudança de paradigma marcado de um lado, por ações de saúde na escola ancoradas no modelo biomédico e de outro, por uma perspectiva ampliada de saúde que considera os fatores biopsicossociais. Ao analisar a constituição dessas duas marcas de sentido, observou-se que ambas geram atitudes distintas e antagônicas. O estudo aponta que a escola, enquanto instituição de regulação social revela-se conservadora, dissociada das transformações que ocorrem na sociedade. Portanto a Teoria da Representação Social enquanto conhecimento compartilhado pelo grupo favorece o processo pelos quais os indivíduos em interação social, constroem explicações acerca dos objetos sociais. O caminho percorrido pelo estudo permitiu a identificação dos pontos de ancoragem e objetivação dos professores das três escolas estudadas. Tal constatação implica fazer uma leitura com auxílio do contexto sociocultural elaborado e compartilhado pelo grupo de pertença. Assim, é possível perceber como as representações se estabelecem.

Palavras-Chave: Paradigmas de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, Representações Sociais, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The school presents itself as a fertile ground for the implementation of proposals, strategies and health promotion, becoming a place of dialogue between health and education. Health actions that are developed in schools can be understood from the concept of health circulating in this space. The School Health Program (PSE) is seen as an element that changes the school routine, giving rise to social representations of health traversed by health actions that are performed in this space. These representations, in turn, influence the activities, perceptions, values, judgments and decisions of teachers in health. Given the above, this study aimed to identify the social representations about health of teachers from three public schools of Belo Horizonte teaching and its impact on development of the School Health Program. Therefore, it was carried out three focus groups with teachers of the three studied schools. For data analysis, it was used the content analysis technique, which identified the changing process of paradigm, shift on one side, by health actions in school, anchored in the biomedical model and the other by an enlarged perspective of health that considers biopsychosocial factors. When analyzing the constitution of those two sense marks, it was observed that both generate distinct and antagonistic attitudes. That study points out that the school, while an institution of social regulation, proves to be conservative, dissociated from the changes occurring in society. Thus, the theory of Social Representation as knowledge shared by the group, favors the process by which, individuals in social interaction construct explanations about social objects. The way taken by the study, allowed the identification of anchor points, and objectivation of teachers of the three public schools studied. Such a finding implies to do a reading with the help of socio-cultural context, developed and shared by the belonging group. So, it is possible to perceive how representations are established.

Keywords: Health Paradigms, Public Health Policy, Social Representations, Health Promotion, Public Health.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Matriz dos diferentes Modelos Teóricos de Saúde na Escola.....	26
QUADRO 2 - Regulamentação do Programa Saúde na Escola (PSE).....	32
QUADRO 3 – Indicadores das categorias.....	64
QUADRO 4 – Síntese de categorização da Escola E1.....	99
QUADRO 5 – Síntese de categorização da Escola E2.....	102
QUADRO 6 - Síntese de categorização da Escola E3.....	105

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Identificação da Amostra dos professores por escola.....	47
TABELA 2 – Identificação do monitor do PSE por escola	47
TABELA 3 – Síntese dos temas/unidades de significação e do número de ocorrência de unidade de registro por escola e total.....	65
TABELA 4 – Distribuição dos temas por ordem decrescente de frequência no total de escolas e específicos por escola.....	66
TABELA 5 – Síntese da construção das categorias.....	67

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
BH – Belo Horizonte
CF – Constituição Federal
CIESE – Comissão Intersetorial de Saúde e Educação na Escola
CNS – Conferência Nacional de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EPS – Escola Promotora de Saúde
GTIs – Grupos de Trabalhos Intersetoriais
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LDB – Lei de Diretrizes e Bases na Educação Nacional
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PACS – Programa Nacional de Promoção da Saúde
PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais
PSF – Programa Saúde da Família
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PPP – Projeto Político Pedagógico
PS – Promoção da Saúde
PSE – Programa Saúde na Escola
RS – Representação Social
SIMEC – Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle
SMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SMED – Secretaria Municipal de Educação
SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria da Representação Social

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	17
2.1.1 PANORAMA DA SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO ESCOLAR	21
2.1.2 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	27
2.2 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)	30
2.2.1 DESENVOLVIMENTO DO PSE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE/MG.....	36
2.3 A TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL	39
3 METODOLOGIA.....	45
3.1 Natureza da pesquisa	45
3.2 Cenário do estudo	45
3.3 População	46
3.4 Amostra.....	46
3.5 Instrumento.....	48
3.6 Procedimentos e Análise dos dados.....	49
3.7 Aspecto Ético.....	50
4 RESULTADOS	51
4.1 Contexto da Pesquisa.....	51
4.1.1 Cenário da Escola E1.....	53
4.1.2 Cenário da Escola E2.....	55
4.1.3 Cenário da Escola E3.....	59
4.2 Etapas de Análise.....	63
5 DISCUSSÃO	69
5.1 Discussão dos dados referente à escola E1.....	69
5.2 Discussão dos dados referente à escola E2.....	70
5.3 Discussão dos dados referente à escola E3.....	72
5.4 Discussão dos dados relativos às três escolas em conjunto.....	74

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES.....	95

1 INTRODUÇÃO

O campo da saúde pública no Brasil é cenário de vários estudos que discutem o aprimoramento das políticas sociais, dentre os quais se destacam os aspectos relacionados às políticas de promoção da saúde no contexto educacional. De acordo com Barretto (2008), nunca se debateu tanto o tema saúde e promoção da saúde como na atualidade, o que vem corroborar a valorização do papel de promoção da saúde vinculada ao ambiente escolar como elemento transformador da realidade.

A escola se apresenta como um campo fértil para a implementação de propostas, estratégias e ações de promoção da saúde, tornando-se lugar de interlocução entre saúde e educação. Favorecem as ações de diagnóstico clínico e social, triagem, encaminhamento aos serviços de saúde de atenção básica e especializada, atividades de educação em saúde e promoção da saúde (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014). Assim, a escola é vista como um espaço importante para a prática da educação em saúde, por colaborar na melhoria da qualidade de vida da comunidade social e escolar (COSTA; SILVA; DINIZ, 2008).

A concepção de educação em saúde se constitui pela fusão de aspectos provenientes dos campos da educação e da saúde. De caráter multifacetado, contém a intenção pedagógica relacionada aos temas correlatos à saúde (MARINHO; SILVA, 2013). Educação em saúde na escola visa à formação de atitudes e valores que levam o escolar a práticas conducentes à saúde. Estas práticas devem estar presentes em todos os aspectos da vida do escolar, portanto integrada à sua educação global (MARCONDES *apud* VASCONCELOS; CORDEIROS, 2013, p. 10).

Para os autores Figueiredo, Machado e Abreu (2010) as práticas educativas em saúde devem ser desenvolvidas em conjunto entre os profissionais da saúde e educação, além de serem incluídos no projeto político pedagógico da escola. De acordo com Costa, Silva e Diniz (2008), o professor é visto como elemento desencadeador de saúde na escola, contribuindo para o processo de mudanças de atitudes e hábitos de vida do ser humano. Diante dessa perspectiva, o estabelecimento de parcerias entre profissionais da educação e da saúde são importantes, pois auxiliam na construção de novos métodos, estratégias e formas de pensar e abordar o tema saúde dentro do espaço escolar.

Marinho e Silva (2013) levantam um questionamento em torno do campo da educação em saúde relacionado à identificação de qual profissional deve trabalhar com as questões de saúde no espaço escolar? Para os autores, este conflito, gerado sobre a atuação dos profissionais da educação e da saúde deve convergir com as competências específicas de cada setor.

Ao pensar uma intervenção em educação e saúde, deve-se levar em conta as representações dos sujeitos entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida dos sujeitos, influenciados, por conseguinte, experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos, em parte, nas práticas sociais e modificados para servir à vida cotidiana (GAZZINELLI *et al.*, 2005, p. 202).

Estimulada pela experiência profissional no campo das Políticas Públicas, mais especificamente, na Atenção Primária à Saúde (APS) onde atuei como psicóloga no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), na qual pude observar que os educadores pouco se implicavam com as atividades realizadas pela equipe multiprofissional nas escolas, resolvi investigar essa situação a partir da hipótese de que as representações dos professores a respeito de saúde poderiam estar na base desse distanciamento.

Lomônaco (2004) considera que as ações de saúde que são desenvolvidas nas escolas podem ser compreendidas a partir da concepção de saúde que circula neste espaço, advinda dos educadores e dos demais profissionais que trabalham nas escolas. Segundo Vasconcelos e Cordeiros (2013), a concepção de saúde é produzida pelas pessoas no seu cotidiano e está presente no contexto relacionado ao conhecimento, ao trabalho e a diversão. Origina-se nas experiências de cuidado consigo mesmo e do outro, na autonomia do sujeito e nas condições que permitam a obtenção da saúde para toda sociedade.

De acordo com Gazzinelli *et al.* (2005) existe um consenso de que as representações definem as práticas e essas são reconstruídas por novas representações que surgem. Assim, partindo do pressuposto de que o cotidiano da escola não é um ambiente estático, busca-se com o presente estudo discutir os eixos definidores de representações sobre saúde que os professores vêm construindo, com base em suas experiências e vivências cotidianas diante do Programa Saúde na Escola (PSE). Neste sentido, o estudo propõe abordar as representações sociais a partir de um contexto no qual o tema da saúde está presente, por meio da educação em saúde atrelada ao programa de saúde desenvolvido nas escolas estudadas.

Desta forma, o PSE é entendido como elemento que altera o cotidiano dos professores, fazendo emergir representações sociais sobre saúde atravessadas pelas ações de saúde que são realizadas neste espaço. Desse modo, refletir sobre as questões que podem emergir dessa interação com o novo, pode contribuir para entender a postura dos professores diante do PSE. A partir da teoria das representações sociais, assume-se que as representações construídas nesse contexto de interlocução entre educação e saúde influenciam as percepções, valores, julgamentos, ações e decisões dos professores no âmbito da saúde.

Assim, considerando a hipótese de que entre outros fatores, as representações de saúde dos professores dificultam a adesão às ações de saúde pelo PSE na escola, formula-se a seguinte questão de pesquisa: como as representações sociais de saúde dos professores podem interferir ou não no desenvolvimento do PSE em escolas públicas de uma região do município de BH?

Diante dessa questão, o presente estudo tem como objetivo geral identificar as representações sociais de saúde dos professores de três escolas da rede pública de ensino do município de BH, onde foi implementado o Programa Saúde na Escola. E como objetivos específicos: verificar como as representações sociais de saúde dos professores da rede pública de ensino podem interferir na efetivação das ações propostas pelo programa saúde na escola; indagar como as representações sociais de saúde se apresentam nas experiências diversas com o programa saúde na escola.

Ao discutir as formas de interpretar uma política de saúde, Porto (2011) considera que o indivíduo pertence a um grupo social e o conhecimento que ele adquire é composto por um conjunto de valores sociais e culturais que carrega. Ainda segundo a autora, cada indivíduo tem uma forma de interpretar um objeto, já que isso está relacionado com a sua formação acadêmica e com as trocas estabelecidas nas relações sociais no seu dia a dia. Diante dessa perspectiva, a Representação Social demonstra ser uma forma possível para entender o conhecimento dos indivíduos no seu cotidiano, além de revelar como estes indivíduos utilizam-se deste conhecimento, para interpretar a realidade e estabelecer práticas sociais (MOSCOVICI, 2003).

A presente dissertação foi estruturada em seis capítulos, dispostos da seguinte forma: no primeiro capítulo, a introdução, no segundo, o referencial teórico, no qual buscou-se uma exposição da política pública de saúde focada na reflexão sobre a saúde no âmbito escolar. Este capítulo foi dividido em três seções, sendo que na primeira, um breve histórico da Política Pública de Saúde no Brasil, seguindo com os modelos de saúde aplicados nas escolas e a Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil. A segunda seção apresenta as diretrizes e a regulamentação que regem o PSE e a trajetória de implementação do programa no município de Belo Horizonte. Por último, a terceira seção discute a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (2003), com ênfase na abordagem processual (JODELET, 2001) que prioriza a análise do processo social de construção das representações.

O terceiro capítulo é constituído pelo percurso metodológico utilizado na pesquisa, incluindo os instrumentos e procedimentos de coletas de dados. O quarto capítulo descreve o

contexto da pesquisa e apresenta os resultados alcançados. Na sequência, no quinto capítulo se realiza a discussão dos dados e finalmente, no sexto capítulo, as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Durante o período do Brasil império as questões relativas à saúde eram pontuais somente nos casos de epidemias, por meio dos núcleos educacionais encarregados de repassar as normas higiênicas, pois o Estado não atuava diretamente sobre a saúde. No entanto, no fim do século XIX e início do século XX, a política de saúde no Brasil contava com mecanismos de apoio ligados por interesses políticos e econômicos das classes dominantes (CARVALHO, 2007).

Com a expansão cafeeira e com a substituição da mão de obra escrava pela força do trabalho dos imigrantes europeus, a economia brasileira estava em ascensão e era basicamente agroexportadora. Embora fosse um período de grande crescimento econômico devido à monocultura do café, o país passou por uma crise socioeconômica e sanitária, em decorrência da febre amarela que assolou inicialmente as cidades portuárias e depois os campos rurais. A população do estado do Rio de Janeiro, capital do país no início do século XX, enfrentou, além da febre amarela, várias outras doenças graves, como varíola, malária e a peste. Tendo em vista que o estado não contava com nenhum recurso de saneamento básico, as doenças alastraram-se facilmente (VARGAS, 2008). Segundo Carvalho (2007), neste período eram priorizadas, nas demandas de atenção à saúde, a classe média e a dominante da sociedade.

A fim de resolver a situação, o médico Osvaldo Cruz adotou algumas medidas saneadoras coletivas, além de tentar convencer a corporação médica sobre a eficácia das suas ações centradas no combate aos focos e na vigilância aos doentes. Tais medidas provocaram reações contrárias em parte da população, pois consistiam em “invadir as casas e queimar as roupas e colchões, sem nenhum tipo de ação educativa preventiva” (VARGAS, 2008, p.12), como também em “identificar os enfermos e confiná-los em desinfetórios” (CARVALHO, 2007, p. 4). Estas práticas foram orientadas pelo modelo de Polícia Sanitária, cuja meta era “realmente diminuir os índices de mortalidade causada por doenças e atender aos interesses das classes dominantes” (GALVÃO, 2007, p. 24).

Contudo, o auge do conflito se deu com o lançamento da obrigatoriedade da vacinação contra varíola. Este movimento ficou conhecido como Revolta da Vacina. A população alimentada por sentimento de oposição ao regime político vigente e diante da execução destas ações sanitárias da campanha saiu às ruas para protestar, fato que contribuiu para o afastamento do sanitarista Osvaldo Cruz frente da diretoria do Departamento Federal

de Saúde Pública. Este tipo de intervenção adotada na época pelas autoridades objetivava conter a população e eliminar a ignorância, acreditando-se que isso seria fator determinante para a presença de doença e pestes entre a população (CARVALHO, 2007).

Segundo Galvão (2007), o combate à febre amarela no Rio de Janeiro favoreceu o desenvolvimento das políticas públicas no Brasil. Haja vista que, apesar dos conflitos gerados, o sanitarista Oswaldo Cruz conseguiu em parte solucionar os problemas de saúde e contribuir com a estrutura de ações sistemáticas e educação sanitária que seriam incorporadas posteriormente (VARGAS, 2008). Neste sentido, o autor considera que:

Este tipo de modelo de intervenção utilizado por Oswaldo Cruz ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar. Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas (VARGAS, 2008, p. 12).

Galvão (2007) argumenta que o próprio Oswaldo Cruz percebeu os limites do modelo sanitarista, propondo leis que protegessem os trabalhadores, amparando-os com melhores condições de moradia e de alimentação. Por volta de 1920 a estrutura sanitária começou a passar por transformações, influenciada pelo modelo médico sanitário americano. A intervenção baseada no poder coercitivo da Polícia Médica foi aos poucos sendo substituída pela lógica da educação sanitária. Neste período ocorreu também a privatização dos serviços de assistência médica vinculados à previdência social. As políticas sociais do governo de Vargas contribuíram no enfraquecimento do movimento sanitário, promovendo a sua extinção com ações adotadas pelo governo que deixou de lado, no território nacional, as medidas de “erradicação das endemias” (COHN; ELIAS, 1996).

Durante o regime militar no país sucederam modificações no cenário da saúde pública e o governo realizou a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que foram criados para prestar benefícios previdenciários e assistência médica a determinadas categorias profissionais. Desta forma, com esta unificação ocorreu uma ampliação do sistema previdenciário para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes, aumentando o número de contribuintes e consequentemente o número de beneficiários, não conseguindo, assim, atender a toda a população (VARGAS, 2008). Ainda conforme o autor, o reflexo destes impactos no sistema de saúde repercutiu na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e no repasse de recurso para a rede privada de saúde. O modelo de saúde estabelecido pelo governo era baseado no ideal da medicina curativa, cujas medidas preventivas e sanitárias eram moderadas.

Carvalho (2007, p.6) complementa esta questão afirmando que este sistema de saúde tinha “uma baixa eficácia, não atendia às necessidades de atenção médica, de prevenção de doenças e de promoção da saúde”, além de ser baseado no modelo hospitalocêntrico, que direcionava as questões de saúde aos cuidados dos hospitais. Ressalta-se que o sistema de saúde brasileiro no século XX transitou do modelo sanitarismo campanhista para o modelo médico assistencial privatista (MENDES, 1995).

O campo da saúde coletiva, segundo Silva Júnior (2006) surgiu no período da crise do governo militar, entre os movimentos em prol da redemocratização do país. Estas raízes estão na ação preventiva e na medicina social. Assim, a década de 1970 foi cenário para abertura de discussão em torno da saúde e os movimentos ganharam forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

De acordo com Silva Júnior (2006), os grupos opositores, insatisfeitos com a política no Brasil e financiados pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), utilizaram-se da medicina comunitária para buscar transformar este espaço em um mecanismo de politização da saúde. Segundo ainda o autor, como resultado desse movimento por mudanças na política de saúde, deu-se a luta pela reforma sanitária no país. Lervolino (2000) também argumenta que, nesta mesma época, acontecia no país uma crescente crise previdenciária e o início da reforma sanitária estaria ocorrendo juntamente com a criação de muitos programas voltados para redefinir as bases do sistema de saúde vigente no Brasil. No entanto, o autor afirma que os resultados da integração e articulação das instituições públicas de saúde não foram satisfatórios, aumentando ainda mais a divisão entre a assistência médica preventiva e curativa.

Neste sentido, a reforma sanitária brasileira seguiu os pressupostos teóricos conceituais do modelo da saúde coletiva, que vinha ganhando força desde a década de 1940. Os autores Paim e Almeida Filho citado por Osmo e Schraiber (2015) considera a saúde coletiva como um campo interdisciplinar. Pode-se dizer que a saúde coletiva compreende e identifica as necessidades e os problemas de saúde, oferecendo a sociedade respostas para o seu enfrentamento (CARVALHO, 2007).

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribuiu com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los. (PAIM; ALMEIDA FILHO *apud* OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 216).

Com a Reforma Sanitária no Brasil, ocorreram modificações profundas e necessárias na tentativa de reorganizar o sistema de Saúde, inclusive ampliando o próprio conceito e a realização de uma revisão da legislação referente a temas como promoção, proteção e recuperação da saúde, assuntos que foram abordados e apresentados no relatório final da VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS) em 1986. Neste mesmo ano aconteceu também a I conferência Internacional de Saúde em Ottawa. Assim, consideramos a saúde como:

[...] saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde [...] o direito a saúde significa a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional [...] (FARIAS, 2007, p. 25).

Neste sentido, a saúde passou a ser vista a partir de uma visão ampliada, relacionada com diversos fatores determinantes das condições de saúde e da qualidade de vida dos sujeitos considerando os seus diferentes contextos. Ao ser introduzida no campo teórico, deu-se a promoção da saúde e, consequente inovação de suas ações de saúde (SILVA, 2010).

A VIII CNS visou promover mudanças na estruturação das políticas de saúde no país, sendo finalizada com a aprovação do texto constitucional, base da Constituição Federal Brasileira de 1988. De acordo com Lervolino (2000), o artigo 196 presente na Constituição Federal (CF) reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e assegura ainda que este direito deve ser garantido através de políticas públicas.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.116).

Verifica-se que, além de dar a superação da tradição higienista e curativa pela determinação social da doença, a saúde parece situar-se, assim, num âmbito superestrutural, resultante de uma base socioeconômica, devendo ser conquistada pela sociedade em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986). Segundo Farias (2007, p.25), com a reforma sanitária, realizaram-se mudanças em diversas esferas _ “político-jurídica, político-institucional e político-operativa _ para configurar a saúde enquanto direito universal”. Ainda segundo a autora, assim estabeleceria “o atendimento universal e igualitário em contraposição ao sistema previdenciário excludente”.

Então, a partir da Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de desenvolver um novo sistema de saúde no país, regulamentado pelas leis orgânicas de saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que contemplam a universalidade,

integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada, potencializadas mediante ações de promoção da saúde e que tentam garantir o processo com o propósito de tornar a assistência médica acessível a todos os cidadãos. Deste modo, o SUS estaria garantindo a prática da democracia participativa, de forma descentralizada e com controle social, mediante os princípios da Reforma Sanitária no país (FARIAS, 2014).

Contrapondo a este pensamento, Merhy, Malta e Santos (2004) enfatizam que a cultura institucional do sistema de saúde brasileiro é abarcada por programas centralizados, baseados em uma administração única e vertical, não promovendo ação de integração com as demais ações assistenciais. Assim, os autores argumentam que mesmo com a criação do SUS não foi possível ainda modificar esse formato de democratização e descentralização do sistema de saúde. Silva *et al.*, 2010 acreditam que, embora exista várias críticas sobre o SUS, este sistema avança na tentativa da universalidade à saúde em um país populoso, capitalista, marcado pelas desigualdades sociais.

2.1.1. PANORAMA DA SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO ESCOLAR

Mendes (2011) define o modelo de atenção à saúde como um “sistema lógico” de organização do funcionamento das redes de atenção à saúde, através da articulação da relação dos componentes da rede e das intervenções sanitárias realizadas. Nesta perspectiva, Merhy, Malta e Santos (2004) apontam que o modelo assistencial incide na forma de organização das ações de intervenção no processo saúde-doença, envolvendo aspectos físicos, tecnológicos e humanos, cuja finalidade é de enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

No século XX as políticas de saúde no Brasil adquiriram concepções e modelos diversos nas estratégias de intervenção do Estado sobre a saúde da população. Em síntese, começaram com as práticas sanitárias do modelo higienista campanhista, perpassando pelo modelo médico assistencial privatista e finalizando no processo da reforma sanitária (FARIAS, 2007).

Assim, no início do século o modelo campanhista apresentava-se com uma visão conservadora, de caráter higienista e moralista, cujas estratégias eram de intervenções coletivas (PAIM, 2009). De acordo com Farias (2007), embora nas práticas higienistas na época tenha prevalecido o caráter coletivo, simultaneamente iniciaram-se estratégias embrionárias que resultariam mais adiante no modelo médico assistencial privatista.

Diante desse contexto, Paim (2012) considera que existem dois modelos de atenção à saúde no Brasil que se destacam e se relacionam historicamente de forma contraditória ou complementar: os modelos assistenciais hegemônicos e o modelo sanitário. Eles estão respectivamente direcionados a atender à lógica da demanda ou a das necessidades.

Para o autor, estes dois modelos são predominantes no país e não contemplam o princípio da integralidade. Sendo assim, estão voltados para atender às demandas espontâneas ou atender às necessidades.

O modelo de atenção médico hegemônico descrito por Menéndez (*apud* PAIM 2012) é caracterizado por elementos que estruturaram este modelo como: individualismo, relação saúde doença como mercadoria, ênfase no biologismo; historicidade da prática médica, medicalização dos problemas, privilégio da medicina curativa, estímulo ao consumismo médico, participação passiva e subordinada dos consumidores. O conceito de hegemonia empregado pelo autor refere-se à direção política e cultural que influencia uma parte da população (GRUPPI *apud* PAIM, 2012).

Assim, o modelo de atenção assistencial seguiu a lógica hospitalocêntrica, efetivou o modelo de atenção hegemônico biomédico centrado na figura do médico, no mecanicismo, na especialização, no individualismo e no curativismo (SILVA JÚNIOR, 2006). Este modelo, em que prevalecem as práticas hospitalares e curativas, passou a ser questionado no final da década de 70, pois era uma maneira neoliberal ou liberal-privatista de organizar os serviços de saúde no Brasil (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2012).

Vale a pena ressaltar que existiam dois modelos que faziam parte do médico hegemônico: o modelo médico assistencial privatista e o modelo de atenção gerenciada. O modelo médico privatista iniciou-se com a Assistência Médica Previdenciária, sendo utilizado principalmente no período da ditadura militar, centrado na clínica, ou seja, privilegiando a assistência individual e curativa, voltada para atender às demandas espontâneas e baseada no atendimento dos procedimentos e serviços especializados (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004). Segundo Paim (2012), trata-se de um modelo de atenção à saúde mais conhecido entre os brasileiros, embora não atenda todos os problemas de saúde da população, diante de situações de desconhecimento e/ou sofrimentos recorriam por livre iniciativa aos serviços de saúde.

Entretanto, devido ao crescimento das cooperativas médicas, operadoras dos planos de saúde, seguros de saúde, medicina de grupo, este modelo passou a conviver contraditoriamente com o modelo de atenção gerenciada, que está fundamentada na economia, ou seja, na análise custo-benefício e custo efetividade; e na medicina baseada em evidências. Trata-se de um quadro voltado para o cuidado de diversos interesses de consumidores, provedores, financiadores entre outros (PAIM, 2012).

Todavia, o modelo sanitarista pode ser apontado como modelo de saúde predominante no Brasil. Embora seja subordinado ao anterior, suas formas de intervenção

sobre os problemas e necessidades de saúde da população são tomadas pela saúde pública convencional (PAIM, 2012). Neste sentido, para o autor, este tipo de modelo elucida a saúde pública institucionalizada no século XX centrada no saber biomédico, que remete à ideia de campanha ou programas de saúde atrelados ao imaginário da população e dos técnicos devido à necessidade coletiva.

Para Merhy, Malta e Santos (2004), o modelo sanitaria campanhista deixou profundas marcas na cultura institucional do sistema de saúde brasileiro que refletem nas ações conduzidas pelo Ministério da Saúde em seus diversos programas, geridos de forma centralizada única e vertical e com poucas ações integradas. Mesmo assim, com a criação do SUS esse formato ainda não foi possível revertê-lo.

O Brasil nos últimos anos tem-se apoiado no modelo de atenção à saúde que visa à sua produção social, estruturado em ações individuais e coletivas de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, baseando-se nos princípios do SUS na universalidade, igualdade e integralidade (FARIAS, 2007). As ações são centradas no primeiro nível de atenção básica do SUS com a finalidade de reverter à lógica dominante centrada na doença e nas ações curativas (PAIM, 2009).

Segundo Aerts *et al.* (2004), os modelos em destaque ao longo da história brasileira, sanitaria e médico-assistencial não conseguiram atender plenamente às necessidades da população. Desta forma, a partir da década de 80 observou-se o surgimento de propostas alternativas, a fim de concretizar os princípios e diretrizes preconizadas através da CF. Ainda de acordo com os autores, o modelo da vigilância da saúde surgiu como uma nova maneira de organizar os problemas de saúde da população, baseados no conceito ampliado de saúde e na determinação social do processo saúde-doença. Uma das estratégias para viabilização desse modelo é o PSF, sendo considerado como estratégia de reorganização da atenção básica no país cuja atenção estaria centrada na família (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004). Assim, conforme Aerts *et al.* (2004), os serviços básicos de saúde nos anos subsequentes passaram a ser focalizados sob a lógica da vigilância da saúde.

Importante ressaltar que o encadeamento histórico apresentado referente aos modelos de saúde no Brasil, segue a lógica do relato histórico das políticas públicas de saúde, o que não significa que estes modelos são sucessórios e/ou excludentes, pois eles coexistem nas práticas e políticas de saúde contemporâneas.

Desta forma, Paim (2012) argumenta que não deve existir um modelo assistencial único de saúde, apostando na tentativa de conciliar a oferta do serviço com a demanda das necessidades, buscando atender aos princípios do SUS, tendo em vista a realidade de saúde

aliada à diversidade político-social dos territórios brasileiros e das particularidades regionais. Neste sentido, Merhy, Malta e Santos (2004) afirmam que é possível realizar uma infinidade de procedimentos no referido campo, uma vez que não existe um formato único possível.

Os diversos modelos de atenção à saúde sempre estiveram atrelados às práticas de saúde nas escolas. Neste sentido, no Brasil, a saúde escolar enquanto política governamental ganhou forças no século XX e foi estruturada inicialmente sob ações que se baseavam na imposição de normas comportamentais, com a finalidade de disciplinar os alunos através de hábitos de higiene (Gomes, 2012).

Assim, a saúde escolar inicialmente foi influenciada pelas doutrinas médicas divulgadas em vários países da Europa e Estados Unidos, onde se propagava a ideia de uma Polícia Médica, que entendia que a saúde deveria ser imposta pela polícia e por ela ser vigiada. Este modelo de saúde valorizava a inspeção médica periódica dos alunos (EBERHARDT; REIS, 2011). Ainda conforme os autores, as ações que remetem ao sanitarismo ocasionavam consequências em relação à saúde da população devido às condições do ambiente social e econômico, no entanto a puericultura passou a julgar que a doença era um problema individual, decorrente da falta de conhecimento, de higiene pessoal e de boas práticas de vida, resultando em práticas que focavam na preocupação eminente em educar para saúde.

Diante do exposto, Gomes (2012) considera que o modelo de saúde escolar atrelado à questão da higiene e da polícia médica evoluiu quase simultaneamente com o conceito de promoção da saúde. A autora destaca ainda que as influências do modelo biomédico perduraram durante várias décadas, sendo que nas escolas buscava-se controlar o adoecimento, evitar a propagação das enfermidades e minimizar as situações de risco. Foi só no final do século XX, que as práticas de saúde na escola atingiram novas configurações devido à ampliação conceitual de saúde e educação.

De acordo com Figueiredo, Machado e Abreu (2010), no final da década de 80, deslocou-se o discurso tradicional (biomédico) para a concepção chamada de estratégias de iniciativa regional de escolas promotoras de saúde. Para Harada (*apud* FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010), diante desta perspectiva, a saúde escolar avançou tanto na teoria quanto na prática, integrando uma visão global e interdisciplinar do ser humano.

Historicamente identifica-se uma diversidade de estratégias que favoreceram a possibilidade de tornar a saúde uma questão voltada para a escola, seja através de modelos que tendem a domesticar condutas e comportamentos dos alunos, seja, por meio de práticas educativas, que buscam levar os indivíduos a adotarem escolhas saudáveis com relação ao

estilo de vida e comportamento de forma autônoma e de acordo com os princípios da promoção da saúde (SILVA, 2010).

Conforme aponta Gomes (2012), a partir da instituição do SUS, juntamente com outros referenciais teóricos que marcaram as novas concepções da saúde voltadas para qualidade de vida e de direitos de cidadania, é que a proposta de saúde na escola passou a ser direcionada para um modelo mais participativo, construído coletivamente, tendo em vista a autonomia e o poder dos indivíduos, na busca de transformações efetivas para a comunidade escolar. A autora nota claramente em seu estudo a evolução histórica da saúde escolar e o quanto este desenvolvimento serviu para apoiar teoricamente as práticas de saúde na escola. Ressalta-se que estes modelos foram implantados e desenhados a partir da concepção de saúde e educação e, à medida que eram alcançados, refletiam na estruturação, organização e desenvolvimento dos programas de saúde escolar implantados em diversos contextos.

O estudo realizado por Silva (2010) corrobora neste aspecto, pois fornece uma análise dos referenciais teóricos direcionados aos principais modelos de saúde escolar desde o modelo higienista de saúde até os modelos atuais, sob a perspectiva da promoção da saúde na escola, identificando as características que cada modelo apresenta. Considerando a relevância do trabalho mencionado, será apresentada no Quadro 1 a matriz sistematizada com os principais modelos teóricos de saúde no contexto escolar identificada pelo próprio autor.

Quadro 01. Matriz dos diferentes Modelos Teóricos de Saúde na Escola

Modelo de Saúde na Escola	Teoria	Articulação entre os Setores	Principais características
Higienista	Prática para mudar comportamentos, inclusive morais.	Autoritária e normativa.	Autoritária e disciplinar Preventivista.
	Evitar disseminação de doenças. Preparar corpo como força de trabalho.	Setor saúde define o que deve ser feito e a Escola acata passivamente.	Modelo previamente determinado. Ação centralizada de cima para baixo.
	Saúde vista como ausência de doença. O indivíduo é responsável por sua saúde.	Conhecimento está pronto (<i>Top Down</i>).	Poder decisório central sem permitir participação.
Biomédico especializado	Prática assistencialista e curativa com base hospitalocêntrica.	Organizada na ótica da atenção médica.	Prioriza medicina especializada.
	Medicalizadora das questões da aprendizagem.	Prioridade de acesso aos serviços especializados de saúde.	Acesso a serviços de maior complexidade.
	Conhecimento é do especialista que fragmenta o olhar sobre o indivíduo.	De autoridade com conhecimento prévio. Não permite construção de novo conhecimento.	Não valoriza atenção primária em saúde.
	Individualista e compartimentalizada. Saúde ausência de doença, que depende da análise/ação do especialista.	Cada setor tem seu próprio conhecimento e não há troca.	Medicaliza o fracasso escolar.
Uso do espaço da escola para equipamentos e serviços de saúde	Cria serviços de ambulatório para atendimento na escola.	Presença física em espaço comum.	Ações de saúde descontextualizadas da rede de serviços de saúde. Prioridade para práticas assistenciais.
	Convivência de profissionais de saúde e de educação no mesmo espaço físico: a escola.	Não compartilhamento de metas, objetivos e decisões.	Coordenação das ações permanece isolada. Caminham na contramão do SUS.
	Conceito de saúde ainda como ausência de doença com prioridade para tratamento e cura.	Ações na maioria das vezes, desconectadas. Territorialização não contextualizada – os campos são distintos: escolas e serviços de saúde.	O poder decisório é específico de cada setor e não propõe a participação ativa.
	Caráter preventivista presente para evitar que a saúde comprometa o aprendizado.	Não gera novo conhecimento.	
Promoção da Saúde	Protagonismo do sujeito. Ação descentralizada (<i>Bottom up</i>).	Teoria social com forte enfoque nas experiências. Compartilha objetivos, metas e recursos.	Realiza-se no contexto das relações humanas. Constrói saber e conhecimento.
	Articula conhecimento e diferentes saberes (especializado e popular).	Os dois setores reconhecidos como parceiros ativos do processo.	Tem bases comunitárias. Projetos pedagógicos. Ênfase na contextualização e territorialização do espaço da escola.
	Favorece o diálogo e a interação das questões sociais com a saúde.	Poder decisório é compartilhado entre os dois setores e a comunidade escolar. Articulação entre	Respeito à rede de saúde com valorização da atenção primária em saúde no contexto

diferentes esferas de do território.
governo e outros
parceiros envolvidos.

Fonte: SILVA, 2010.

Observa-se no Quadro 1 que o autor buscou relacionar, para cada modelo de saúde na escola, aspectos da teoria, articulação entre os setores da saúde e educação e as principais características desses modelos. Segundo Gomes (2012), o autor considerou como base publicações, marcos e documentos legais sobre o percurso da saúde escolar, incluindo ainda cenários políticos e contextos históricos sobre a temática.

De acordo com Figueiredo, Machado e Abreu (2010, p.400), analisando a relação saúde-educação voltada para a saúde escolar, ela nem sempre tem sido harmônica. Na maioria das vezes a escola é vista como um “lugar de aplicação de controle e prevenção de doenças, porque o setor saúde costuma ver a escola como um lugar onde os alunos seriam um grupo passivo para a realização de ações de saúde”. Neste sentido, a prática médica exclusivamente direcionada ao controle e prevenção de doenças tem sido pouco efetiva quando se trata de educação em saúde visando a mudanças que conduzam a hábitos de vida mais saudáveis.

Entretanto, através da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) o Ministério da Saúde em 2006, retomou uma discussão em torno das condições necessárias para que a população seja mais saudável. Assim, com base nesta política, a escola passou a ser um espaço de relações propício ao desenvolvimento crítico e político, cooperando com a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e formas de se conhecer o mundo e interferir na produção social da saúde (BRASIL, 2009).

2.1.2. POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O primeiro documento internacional que trata da proteção à saúde com menção à Promoção da Saúde é a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946. Este tratado internacional, também assinado pelo Brasil, serviu para orientar a atuação dos Estados Partes, a fim de propiciar a melhoria das condições de saúde no mundo e em seus territórios (AITH, 2013). Como consequência, a partir da noção de promoção da saúde, iniciou-se uma nova era de interesse social e político pela saúde pública (FERRARO, 2011). Somando-se a isso, surgiu um grande aliado, o Relatório Lalonde publicado no Canadá em 1974 que é considerado um importante marco para a mudança de paradigma e ampliação do campo da saúde, além de refutar a ideia da concepção da saúde, nos remete ao modelo biomédico (FARIAS, 2014).

Para Buss (2003), as conferências internacionais sobre Promoção da Saúde influenciaram diretamente as políticas de Promoção de saúde no Brasil. Neste sentido, salienta-se a I Conferência Internacional da Saúde (1986), que é considerada como o marco fundador do movimento de promoção da saúde no mundo, através da carta de Ottawa. Este importante documento apresenta entre outros aspectos relacionados à saúde o conceito de promoção da saúde baseado na definição de saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença considerada pela OMS (SILVA, 2013). Destacamos o conceito de Promoção de Saúde:

como o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. [...], a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (CANADÁ, 1986).

O conceito de promoção da saúde apresentado pela carta de Ottawa fortalece a perspectiva diante das ações políticas, das condições ambientais e das mudanças nos estilos de vida, sendo referência para a nova saúde pública (WESTPHAL, 2007). Numa perspectiva positiva e ampliada, a declaração de Ottawa destaca ainda a necessidade de se buscar a homogeneização do conceito de promoção da saúde, assim como sua atuação intersetorial nas práticas de promoção da saúde (BUSS, 2003). Ressaltamos que Rocha (2001) considera que, embora exista essa tentativa através da carta de Ottawa de homogeneização da definição da Promoção da Saúde, o que se depreende no estudo é que o conceito não é visto de forma única entre os profissionais da saúde.

Diante do exposto, o enfoque da promoção da saúde e prevenção de doenças é muitas vezes confundido pelas pessoas (SILVA, 2013). De acordo com Buss (2003) existe uma diferença entre os termos de promoção da saúde e prevenção de doenças, mas através do conteúdo teórico se consegue fazer uma distinção mais precisa desses termos, o que é difícil de ocorrer nas práticas. Todavia, o autor concluiu que os dois termos são complementares, porém não excludentes no planejamento de programas de saúde.

A promoção da saúde como campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde: assume a saúde em seu conceito amplo, pauta a discussão sobre qualidade de vida, pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e a mobilização da sociedade. Trabalha com o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça o planejamento e poder local (BRASIL, 2002, p. 09).

A Promoção da Saúde é considerada como processo que possibilita a capacitação dos indivíduos de exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre os fatores que podem

afetá-la, reduzindo as situações de vulnerabilidade e os riscos à saúde da população e favorecer os fatores protetores e saudáveis (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Ferraro (2011) reforça que a concepção ampliada de promoção da saúde ocorreu devido o reconhecimento das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais no impacto das condições de saúde. Neste sentido, a autora ainda aponta que a promoção da saúde é uma forma de enfrentar as questões que dizem respeito à saúde e à qualidade de vida, a contar das responsabilidades compartilhadas entre sociedade e os gestores.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006 pelo Ministério da Saúde, afirma que a saúde está relacionada principalmente com o modo de viver das pessoas, com a noção de saúde determinada pela genética e com o aspecto biológico. Neste sentido, os indicadores de saúde apontam avanços nas últimas décadas, com relação à melhoria das condições de saúde da população. De fato, ocorreu melhoria do saneamento das cidades, das condições de trabalho e de um maior acesso aos serviços, o que colaborou para a queda significativa na mortalidade infantil e no aumento da expectativa de vida no país (BRASIL, 2002).

Isso porque o fato de a saúde ser reconhecida como Direito Humano Fundamental e distinguida entre os Direitos Sociais ou Direitos Humanos de Segunda Geração pela Constituição Brasileira permite que a sociedade possa cobrar do governo ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (AITH, 2013). Este mesmo autor enfatiza que o Estado deve intervir na dinâmica social e promover a proteção do Direito a Saúde aos cidadãos, sendo fundamental para a aquisição da promoção da dignidade humana como também para o desenvolvimento do país, sendo o Brasil considerado signatário no enfoque da Promoção da Saúde.

Neste contexto, a PNPS proporcionou diretrizes e orientações de ações transversais, integradas e intersetoriais para todos os níveis de atenção à saúde, objetivando promover a qualidade de vida, reduzindo as vulnerabilidades e os riscos à saúde da população. Assim, com referência à saúde, as diretrizes definidas pela PNPS visaram à integralidade, equidade, mobilização e participação social, responsabilidade sanitária, informação, educação, comunicação e sustentabilidade (Brasil, 2006).

De acordo com Farias (2014) por meio da PNPS fica sob responsabilidade do setor saúde definir o compromisso na articulação intersetorial, convocar os demais setores na avaliação e os parâmetros sanitários ao construir suas políticas específicas para a melhoria da qualidade de vida da população. Ainda segundo a autora, a adoção do conceito de Promoção da Saúde a fim de redirecionar as políticas do Ministério da Saúde estabelece a necessidade de

sistematizar as propostas intersetoriais com base nos princípios do SUS, para que alcance o desenvolvimento de ações com os mais diferentes setores.

2.2 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

O Programa “Saúde na Escola (PSE)”, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, emana do trabalho integrado entre os setores da Saúde e da Educação, na perspectiva de ampliar as ações de saúde no âmbito da prevenção, promoção e atenção à saúde aos estudantes da rede pública de educação básica (BRASIL, 2007). Utiliza o espaço escolar e seus recursos para articular ações do setor da saúde e da educação, fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades dos educandos e incentivar a participação comunitária, contribuindo para a formação integral dos estudantes da rede básica de ensino (SILVA, 2013).

Dessa forma, o PSE estabelece uma proposta de integração e de articulação entre as ações dos setores saúde e educação com a participação da comunidade escolar, envolvendo a inserção de equipes de saúde na implementação do Programa (BRASIL, 2007). Segundo Tusset (2012), este envolvimento requer uma força de trabalho composta por profissionais de ambos os setores e o reconhecimento do potencial da Estratégia “Saúde da Família (ESF)”. Além disso, deve-se considerar que a ESF é uma forma de investimento em ações coletivas e a reconstrução das práticas de saúde na atenção básica a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial num determinado território (BRASIL, 2011).

No que diz respeito às diretrizes para a implantação do PSE, levar-se-ão em conta a descentralização e respeito à autonomia federativa, a integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, a territorialidade, a interdisciplinaridade e intersetorialidade, a integralidade, o cuidado ao longo do tempo, o controle social, o monitoramento e a avaliação permanente (BRASIL, 2007). Deve-se observar que, dentre as diretrizes de implementação do PSE, percebe-se que a ação intersetorial é considerada como uma estratégia fundamental do programa. Assim, Junqueira (2000) aponta a importância da integração de diversos olhares, saberes e práticas a fim de contribuir com estratégias que visam à melhoria da qualidade de vida da população. Neste sentido, Camargo *et al.* (2014) considera a integralidade como princípio da política de saúde, o que remete à compreensão de que os fatores que interferem na saúde da criança são amplos e perpassam também por outros setores.

Ferreira *et al.* (2012, p. 3387), em seus estudos, analisaram os documentos normativos publicados até o ano de 2010, cujo objetivo era analisar estes documentos, sob a ótica da equanimidade no que tange à participação dos Setores Saúde e Educação no Programa, enfocando a intersetorialidade da proposta. Embora sejam apresentadas estas

diretrizes para o PSE, através dessa análise os autores concluíram “que a participação dos setores da saúde e da educação não é equânime, apontando para o protagonismo da saúde em áreas” [...] diversas. Para realizar esta análise, os autores consideraram o conceito de intersectorialidade como:

[...] exercício de gestão possibilita a criação de espaços compartilhados de tomadas de decisões entre diversos setores que influenciam na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que exerçam impacto positivo na qualidade de vida individual e coletiva. (FERREIRA *et al.*, 2012, p. 3387)

Neste sentido, a conexão entre os setores saúde e educação, num processo compartilhado de gestão a partir das Políticas de Atenção Básica em Saúde e a Política de Educação Básica, investe na universalização do PSE, almejando a ampliação das ações intersectoriais de promoção à saúde, prevenção de agravos e doenças e de cuidado à saúde das crianças e adolescentes (VIEIRA, 2013). Segundo Gomes (2012), a perspectiva é levar estas ações aos estudantes da educação básica e a seus familiares, através da intersectorialidade. De acordo com Dias *et al.* (2014), o Programa enfrenta desafios, o maior dos quais concentra-se na relação intersectorial, necessitando ainda de aperfeiçoamentos.

Diante da dificuldade em estabelecer a intersectorização, o resultado do estudo de Vieira (2013) aponta avanço no processo de articulação intersectorial saúde e educação, além da articulação interfederativa em regime de colaboração por meio dos Grupos de Trabalhos Intersectoriais (GTIs), entre os quais a adesão ao Programa no exercício de 2013, quando 85,67% dos municípios brasileiros assinaram o termo de compromisso. Neste sentido, Roberto (2012) assinala que o PSE visa estabelecer condições para a integração das ações de educação e saúde e a articulação institucional entre os diversos agentes envolvidos nas três esferas do governo, além de prever uma adesão gradativa das escolas às Unidades de Saúde da Família.

Ao tratar da intersectorização, Bezerra *et al.* (2012) consideram que a junção da saúde e educação constitui um grande potencial para estabelecer o cuidado. As possibilidades estão postas, no entanto, resta unir o desejo e a articulação para que as ações sejam implementadas.

As características apresentadas sobre o PSE visam ampliar o entendimento com relação ao programa. Desta forma, através do Quadro 2, podemos perceber um panorama geral dos documentos normativos relativos ao PSE desde sua instituição no ano de 2007 até os dias atuais.

Quadro 2 - Regulamentação do Programa Saúde na Escola – PSE.

Ato	Data	Descrição
Decreto Presidencial Nº 6.286	05/12/2007	Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências
Portaria GM Nº 1.861	04/09/2008	Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios, com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria Interministerial nº 675 Republicada em	04/06/2008 27/08/2008	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – CIESE.
Portaria Interministerial nº 1.399	04/11/2008	Designa os membros para compor a CIESE.
Portaria GM Nº 2.931	04/12/2009	Altera a portaria Nº 1861 de 4 de setembro de 2008 que estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE e credencia municípios para o recebimento desses recursos.
Portaria GM Nº 3.146	17/12/2009	Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE.
Portaria GM Nº 1.537 ¹	15/06/2010	Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE - conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009.
Portaria Interministerial Nº 3.696	25/11/2010	Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse.
Portaria GM Nº 3.918 ²	10/12/2010	Estabelece recursos financeiros para municípios com equipes de Saúde da Família, credenciados no Programa Saúde na Escola - PSE.
Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1.910	8/08/2011	Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1.911	08/08/2011	Altera a Portaria Interministerial nº 3.696/MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, que estabelece critérios para transferência de recursos aos Municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola (PSE) e define lista de Municípios aptos a assinarem Termo de Compromisso Municipal.
Portaria MS/GM Nº 3.014	20/12/2011	Habilita Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria MS/GM Nº 524	26/03/2012	Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola.

¹ Correção da PORTARIA MS/GM Nº 1.536 para PORTARIA MS/GM Nº 1.537.

² Incluída a Portaria GM Nº 3.918 revogada em 10/07/2013.

Portaria MS/GM Nº 364	08/03/2013	Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, e o respectivo incentivo financeiro.
Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1.413	10/07/2013	Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.
PORTARIA Nº 1.302	28/06/2013	Altera o prazo para o registro das informações das ações realizadas na Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) junto aos Sistemas de Avaliação e Monitoramento do PSE.
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 15	10/10/2013	Institui o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do Programa Saúde na Escola PSE e Programa Brasil Alfabetizado PBA, e dá outras providências.
PORTARIA Nº 2.608	31/10/2013	Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola de 2013 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências.
PORTARIA Nº 3.210	26/12/2013	Inclui os Municípios de Glória (BA), Palmeira dos Índios (AL.) e Paulo Frontin (PR) à lista dos Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola de 2013 e ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso.
PORTARIA Nº 220	25/03/2014	Define normas para o cadastramento no SCNES das equipes com profissionais não cadastrados em estabelecimentos de Atenção Básica, que desempenham ações pactuadas no Programa Saúde da Escola.
PORTARIA Nº 798	17/06/2015	Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola).
PORTARIA Nº 1.067	23/07/2015	Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola em 2014 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso.

Fonte: Adaptado VIEIRA, 2013.

Ao ser apresentada esta síntese no Quadro 2, constata-se que novas normas de regulamentação do programa são publicadas a cada ano, contribuindo para a expansão do programa em grande parte do território nacional.

A Comissão Intersetorial de Saúde e Educação (CIESE), instituída no ano de 2008, além de ter como principal atribuição a articulação dos setores Saúde e Educação, também é encarregada pelo acompanhamento da execução do Programa Saúde na Escola, sendo que a responsabilidade pela coordenação fica a cargo do Ministério da Saúde (GOMES, 2012). A CIESE reajusta anualmente os critérios de implementação do PSE e estes são publicados por meio das portarias ministeriais e interministeriais, conforme mencionado anteriormente.

Assim, a cada ano são publicadas normativas que estabelecem os critérios de adesão para a implementação do PSE, com vistas a alcançar a totalidade dos municípios brasileiros. Nesta perspectiva, do período de 2008 até o ano de 2012 os critérios estavam relacionados com base no Índice de Desenvolvimento Educacional Básico.

A estrutura de gestão do programa se divide em três blocos denominados componentes, de acordo com o guia de Passo a Passo do PSE (BRASIL, 2011), sendo que o componente I diz respeito às ações voltadas para avaliação dos escolares pela ESF, o componente II refere-se à promoção da saúde e prevenção e o componente III relaciona-se com a educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e da Saúde. O tempo de execução de cada bloco deverá ser planejado pela ESF, considerando o ano letivo e o projeto político pedagógico da escola.

Para Casemiro, Fonseca e Secco (2014), a eleição da promoção da saúde como eixo estratégico da saúde escolar tem impulsionado mudanças no programa. Aliado a isto, o estudo de Costa *et al.* (2013) constatou que a promoção da saúde precisa ser abordada de forma transversal, integrada e intersetorialmente, com diálogo entre educação e saúde, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade para a mobilização de ações. Contudo, a formação dos profissionais atuantes no PSE fica a cargo das três esferas do governo, sendo um processo de trabalho contínuo e permanente, fundamental frente aos desafios das ações intersetoriais e integrais de educação e saúde (VIEIRA, 2013).

Visando atingir as Políticas Intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população, espera-se por meio das ações do PSE promover o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens no Brasil. Assim, a escola é vista como espaço privilegiado por se capaz de proporcionar práticas de promoção da saúde, bem como de prevenção de prejuízos a ela e, também, às doenças dos educandos. Silva (2010) baseia-se no princípio de que as questões da saúde podem ser desenvolvidas para além dos seus serviços, podendo favorecer suas práticas em outros espaços sociais, como as escolas de ensino fundamental.

É preciso compreender que o espaço escolar não deve ser utilizado para consultas médicas com o objetivo da medicação ou do diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, mas apenas para triagens, por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo. (BRASIL, 2011, p. 6).

A escola, no referente à saúde, é considerada um dos espaços favoráveis ao desenvolvimento de programas de Promoção da Saúde e Educação. De acordo com Vasconcelos e Cordeiro (2013), o setor da educação se torna um forte aliado do setor da saúde, pois há uma relação intrínseca entre ambos, por apresentarem afinidades no campo das políticas públicas.

Farias (2014) também discute essa questão ao considerar que as políticas públicas de saúde atestam que a escola é um espaço privilegiado para a produção de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e de educação, fato que caracteriza este espaço como um local de escuta e conhecimento das experiências de vida dos educandos. Destaca também em seu estudo que dificilmente grupos de adolescentes, por exemplo, procurariam os serviços de saúde, fato este que justifica a junção dos setores saúde e educação para atingir estes grupos.

Por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde, o Ministério da Saúde retomou uma discussão antiga sobre as condições imprescindíveis para que os indivíduos se tornem mais saudáveis. Conforme faz parte da política, o espaço escolar sucedeu como espaço de relações, espaço privilegiado para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interferir na produção social da saúde do escolar (BRASIL, 2009). A proposta do PSE segue esta lógica e parece avançar seguindo os princípios do SUS, que busca superar ações e serviços direcionados à saúde do escolar dissociada de uma política única de saúde (EBERHARDT; REIS, 2011).

Mediante os objetivos propostos para o PSE de contribuir para a formação integral dos estudantes através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2011), as ações em saúde previstas no âmbito do PSE deverão ser desenvolvidas em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2007). Então, o PSE se apoia nas políticas públicas de saúde vigentes, para executar suas ações e atingir metas, assim como para consolidar as práticas da Estratégia da Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2011).

2.2.1 DESENVOLVIMENTO DO PSE NA CIDADE DE BELO HORIZONTE/MG

Segundo Santos, Rezende e Madeira (2013) a implantação do PSE no município de Belo Horizonte (BH) sucedeu em 2008 e, para isso, levou-se em conta o conhecimento da situação de saúde de crianças e adolescentes atendidos pelo PSE no município. No entanto, outro estudo de Silva *et al.* (2014) aponta que a criação do PSE em BH se deu no período de 2005. Tal estudo abordou o programa “Saúde na Escola” no município e buscou identificar sua organização, a atuação do enfermeiro no programa e sua inserção no campo da promoção da saúde. Ressalta-se que o Decreto nº 6.286 estabelece a criação do PSE no ano de 2007.

Assim, a implantação do PSE em Belo Horizonte ocorreu quando houve o credenciamento da proposta junto ao Ministério da Saúde com a intenção de integrar, potencializar e implementar ações de saúde no espaço escolar, a partir de um projeto-piloto cujo envolvimento inicial foi de 9 escolas e 9 centros de saúde participantes (SANTOS; REZENDE; MADEIRA, 2013). Visando a ações de assistência à saúde integral dos estudantes do ensino fundamental na faixa etária de 6 a 14 anos e da educação infantil, o PSE funciona com perspectivas de uma gestão compartilhada entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e a Secretaria Municipal de Educação (SMED), estando ainda vinculado ao Ministério da Educação.

Conforme coloca Santos, Rezende e Madeira (2013), a ampliação do programa aos equipamentos públicos aconteceu de forma gradativa desde a sua implantação, aumentando o número de escolas e centros de saúde participantes. No ano de 2010, ampliou-se para 169 unidades educacionais, 147 centros de saúde e 47.728 estudantes atendidos pela rede municipal de ensino. Acompanhando este crescimento, segundo informações do Portal de Notícias da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), os dados do ano de 2014 apresentam cobertura de 98% dos 107 mil alunos da rede municipal atendidos pelo Programa Saúde na Escola. Em 2015 o PSE atendeu em torno de 173 das 189 escolas da rede municipal³.

A operacionalização do PSE em Belo Horizonte se faz com equipes compostas por enfermeiro e um auxiliar de enfermagem e fazem parte de uma equipe responsável por atender em média seis escolas de uma determinada regional, equipe esta vinculada à Secretária de Saúde. Ainda faz parte da equipe um assistente de apoio _ aqui no município denominado como monitor do PSE _ geralmente com formação de nível médio e morador na

³ PORTAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Sala de notícias. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=193652&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 03/02/2016.

comunidade, estando este lotado em apenas uma única escola e vinculado à Secretária de Educação. Neste sentido, “a criação de uma equipe para apoiar as escolas é uma estratégia que explicita a definição política do município em fazer avançar as ações propostas” (SILVA *et al.*, 2014, p. 621).

Nas escolas, os profissionais são treinados pela SMSA, e as avaliações das condições de saúde dos alunos se dão com a autorização dos pais, que também são chamados a participar da promoção da saúde dos filhos. Segundo o Portal de Notícias da PBH, o PSE no município é considerado “referência nacional” para outras cidades do Brasil⁴. A avaliação feita *in loco* por um monitor ligado à Secretaria Municipal de Educação e por uma equipe volante de saúde, ligada à Secretaria Municipal de Saúde, é um modelo exclusivo de Belo Horizonte⁵.

Com relação às ações do programa que são executadas no município:

(...) os alunos passam por avaliação antropométrica, oftalmológica, detecção precoce de hipertensão arterial (HAS) e avaliação da saúde bucal, vacinação e nutrição. São incentivados às boas práticas alimentares e nutricionais, de forma a contribuir para o combate à obesidade⁶ (PORTAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2013).

Depreende-se, com estas medidas, que as ações do programa estão pautadas no primeiro componente do PSE. Aliado a este fato, o estudo de Silva *et al.* (2014) também identificou que a execução do PSE no município prioriza o primeiro e o segundo componente do programa, sendo ainda que as ações do primeiro predominam sobre o segundo. Sendo assim, torna-se importante retomar e destacar as características e ações abordadas em cada componente conforme descritas no caderno Passo a Passo PSE (BRASIL, 2011, p.15-19):

a) Componente 1 _ relativo à avaliação clínica e psicossocial _ em que se priorizam as ações do ponto de vista epidemiológico para os educandos, como mencionado pela coordenadora do PSE, avaliação antropométrica, atualização do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS); detecção precoce de agravos negligenciados à saúde e prevalentes na região (hanseníase, tuberculose, malária e outros), avaliação oftalmológica, avaliação auditiva, avaliação nutricional, avaliação da saúde bucal, avaliação psicossocial, os

⁴ PORTAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Sala de notícias. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=193652&pIdPlc=&pp=salanoticias>>. Acesso em: 03/02/2016.

⁵ PORTAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Sala de notícias. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=118380&pIdPlc=&pp=salanoticias>>. Acesso em: 03/02/2016.

⁶ PORTAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Sala de notícias. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=193652&pIdPlc=&pp=salanoticias>>. Acesso em: 03/02/2016.

quais têm como objetivo obter informações do crescimento e desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens, considerando também a saúde mental. Sugere-se que as ações sejam realizadas na própria escola, por seu caráter de triagem e por considerar o ganho numa maior escala em ambiente coletivo, devendo encaminhar à unidade básica de saúde os alunos que demandarem maiores cuidados.

b) Componente 2, direcionado à implementação de ações de promoção e prevenção à saúde, com base na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Considera-se Promoção da Saúde como uma estratégia de articulação transversal, na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em situação de risco, objetivando a criação de mecanismos que reduzem situações de vulnerabilidade. Neste sentido, as ações visam garantir oportunidade a todos de fazerem escolhas que favoreçam a saúde e a melhoria de sua qualidade de vida. São elas: ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividades físicas nas escolas; saúde e prevenção nas Escolas (SPE); educação para a saúde sexual; saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids; prevenção contra o uso de álcool e tabaco e outras drogas; promoção da cultura de paz e prevenção das violências; promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.

c) Componente 3 _ diz respeito à formação _ tem como objetivo a formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no programa, devendo ser trabalhada nas três esferas do governo de maneira contínua e permanente. Através da parceria entre saúde e educação, espera-se desenvolver estruturas de formação e materiais didáticos pedagógicos que servirão para a implantação das ações de planejamento, monitoramento e avaliação do PSE, cujo público-alvo são os integrantes da saúde e educação que compõem os GTIs. Além disso, serão avaliadas as condições de saúde, de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos a ela, cujo público-alvo são os profissionais das equipes de Saúde da Família, profissionais das unidades de saúde, profissionais das escolas e jovens educandos.

Segundo Vasconcelos e Cordeiro (2013), o terceiro componente diz respeito às ações de responsabilidade da Universidade Aberta do Brasil, do Ministério da Educação, em interface com os Núcleos de Tele Saúde, do Ministério da Saúde.

2.3 A TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

O estudo da Teoria da Representação Social (TRS) destaca-se devido à sua natureza interdisciplinar, estando presente não só na psicologia social, mas também na saúde, educação e meio ambiente, frequentemente vinculado à intervenção. A maioria das pesquisas são feitas com o objetivo de levantar o conhecimento leigo a respeito de um determinado objeto. Por este motivo a TRS é usada como “grade de leitura” ao adquirir o conhecimento social sobre o objeto investigado (JUSTO, 2012).

A teoria da representação social foi introduzida no campo da psicologia social por Serge Moscovici, em 1961 na França, por meio de um estudo sobre a representação social (RS) da psicanálise (ALVES-MAZZOTTI, 2008). Culminou com a publicação em 1978 da obra “*La Psychanalyse: son image et son public*”, marco para o desenvolvimento e enriquecimento da representação social dentro da psicologia social (JOVCHELOVITH, 1994). Para Crusoé (2004), Moscovici por intermédio da TRS buscou apreender a inter-relação entre sujeito e objeto, e saber como o processo de construção do conhecimento, tanto individual como coletivo, é permeado pela formação da representação social que se caracteriza como um saber prático ou do senso comum.

Para tal, Moscovici amparou-se na teoria das representações coletivas de Émile Durkheim, porém, seguiu uma perspectiva diferenciada para construir sua própria teoria (ARAÚJO, 2008). A característica principal do termo abordado por Durkheim remete ao aspecto coletivo para a construção da representação coletiva, ou seja, as representações são construídas socialmente por grupos, se caracterizando como imagens da realidade. Neste sentido, o sociólogo buscava explicar alguns fenômenos múltiplos relativos ao conhecimento essencial à sociedade (FERREIRA; BRUM, 2000). Assim, considera que:

[...] as representações coletivas abrangiam uma gama de diferentes formas de pensamentos e de saberes partilhados coletivamente, tais como crenças, mitos, ciências, religiões, opiniões, pertencendo a uma natureza diferente daquela que caracteriza o pensamento individual (JUSTO, 2012, p.10).

Desta forma, Durkheim considerava que as representações coletivas exerciam uma coerção sobre os indivíduos, conduzindo-os a uma forma homogênea de pensar e agir (JUSTO, 2012). Entretanto, a concepção durkheimiana não considera a dimensão individual ou psicológica, ou seja, despreza qualquer tipo de explicação psicológica para os fatos sociais (ROCHA, 2014). Aliado a isso, Alves-Mazzotti (2008) argumenta que a concepção que se fazia presente para a época era de uma representação coletiva bastante estática, inadequada para o estudo da sociedade contemporânea.

Nesse sentido, Moscovici (2003) propõe a noção de representação social ao invés de representações coletivas, por entender que as representações são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados considerando o seu aspecto dinâmico e heterogêneo, e tendo em vista as transformações da sociedade no mundo moderno (ARAÚJO, 2008). Morães *et al.* (2014) ressaltam essa distinção, pois afirmam que Moscovici se interessou mais em analisar a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas, partindo da ideia que todo conhecimento implica uma prática e um contexto que lhe são próprios. Em síntese, as representações sociais são fenômenos que se constituem nas interações sociais (PORTO, 2011).

Para Moscovici (1978) o conceito das representações sociais não se limita a opiniões ou a imagens sobre um objeto, pois tem por meta compreender qualquer teoria coletiva sobre o real, constituída por um sistema lógico, que apresenta uma linguagem particular, baseadas em valores e conceitos, que determinam o campo da comunicação, compartilhado pelo grupo.

Segundo Araújo (2008), por meio das representações sociais, ocorre uma tentativa de compreender a realidade de maneira dinâmica, permitindo absorver ou excluir alguns elementos. Estes elementos poderão oferecer possibilidades de mudança da representação social e, conseqüentemente, conduzir a um novo significado para as ações dos indivíduos.

O estudo das representações sociais diz respeito ao entendimento de como os indivíduos se percebem na relação com a sociedade mais ampla, como se sentem frente à realidade. A representação social trata-se do sentimento que têm sobre a realidade, as ações e informações que reuniram e transformaram em uma teoria do senso comum, apta para explicar a sua realidade e a si mesmo (ARAÚJO, 2008, p.103).

Nesta perspectiva, segundo Jodelet (2001), as representações sociais são idealizadas ao mesmo tempo como produto e processo de uma apropriação da realidade exterior pelo pensamento e como uma construção psicológica e social desta realidade. A autora compreende por representação social como sendo:

[...] sistemas de interpretação que regem a nossa relação com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma, elas intervêm em processos variados, tais como difusão e assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, e expressão dos grupos e as transformações sociais (JODELET, 2001, p.22).

Segundo Jodelet (2001), as representações sociais são acionadas e atuam na vida social, na nomeação e definição dos diferentes aspectos da realidade diária, no modo de serem interpretados, nas tomadas de decisões e na maneira de se posicionar diante deles. Neste contexto, as representações sociais se sustentam em valores variáveis, que advêm dos grupos

sociais de onde são retiradas suas significações, e em saberes anteriores retomados por uma situação social particular.

A TRS operacionaliza o pensamento social na sua dinâmica e diversidade mediante pressupostos que exigem formas de se conhecer, guiadas por objetivos diversos que geram seu próprio universo (REIS; BERLLINI, 2011).

Desta forma, as representações sociais são modalidades de pensamento prático orientado para a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal. Enquanto tal, elas apresentam características específicas no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica. (ALVES-MAZZOTTI, 2008, p.27).

O sistema de pensamento em uma sociedade pode ser dividido em dois tipos: o universo consensual compreendido como o senso comum e o universo reificado como o campo da ciência (FERREIRA; BRUM, 2000). Para Morães *et al.* (2014) as representações sociais fazem parte do universo consensual, do senso comum ou das teorias populares, em que as pessoas buscam responder aos problemas a partir do meio social onde vivem, sem se apoiar no conhecimento especializado. Por outro lado, Justo (2012) e Morães *et al.* (2014) enfatizam que o conhecimento científico, especializado, circula junto com os saberes populares e essa articulação faz com que o conhecimento gerado se torne acessível à população. De acordo com Moscovici (2003) as representações sociais, por versarem sobre o universo consensual, se apoiam na consciência coletiva, possibilitando explicar o objeto e acontecimentos de forma acessível a qualquer um e de acordo com os interesses imediatos.

A representação social trata de um sistema de classificação e denotação a partir do qual categorias e nomes são atribuídos. Desta forma, coisas que aparecem como estranhas e perturbadoras podem determinar o modo como às pessoas pensam e o que elas pensam sobre as mesmas (MOSCOVICI, 2003).

A objetivação e a ancoragem, dois mecanismos de natureza psicológica e social, exercem a função de transformar em familiar o objeto desconhecido pelo grupo. Para Moscovici (2003) estes dois elementos são necessários para que se elabore a representação social. Assim, de acordo com Porto (2011), a partir dos processos de ancoragem e objetivação, os indivíduos são capazes de interpretar e atribuir significados a determinado objeto social.

A ancoragem é um processo de familiarização do novo, de assimilação das ideias estranhas, que ao serem incorporadas a um sistema de categorias já aceito e disponível para o sujeito e/ou grupo, podem ser colocadas em um contexto familiar. Por meio deste processo,

um objeto social encontra sustentação cognitiva. O que não tinha nome, agora pode ser nomeado, imaginado e representado (MORÃES *et al.*, 2014).

Por meio da ancoragem o estranho se ligará às representações sociais existentes (ARAÚJO, 2008). Esta ligação se faz por meio daquilo que é conhecido pelo grupo, conhecimento carregado de história e de símbolos que conduzirão o novo elemento à assimilação de seu valor funcional. Assim, “ancorar” significa uma reelaboração do conhecimento a partir da representação do novo objeto (MOSCOVICI, 2003).

A objetivação, por sua vez, é o processo de transformar uma ideia abstrata em algo concreto e objetivo. Para Moscovici (2003, p.71) a objetivação “une a ideia de não-familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade”. Desta forma, a objetivação ocorre:

[...] no momento em que o abstrato se transforma em concreto, cristalizando as ideias e tornando-as objetivas, ao que Moscovici denomina ‘face figurativa’. Tal processo permite trazer aquilo que até então inexistia para o universo do conhecido (MORÃES, 2014, p. 24).

Jodelet analisa estes processos de formação das representações sociais, considerando sua historicidade e seu contexto de produção (MORÃES *et al.*, 2014). Assim, o processo de objetivação comporta três fases:

Seleção e contextualização [grifo meu]: o indivíduo se apropria do conhecimento por conta de critérios culturais; a partir de experiências e conhecimentos que esse grupo já possui ocorre uma construção seletiva da realidade, porém em uma sociedade nem todos têm acesso às informações, ou ainda podem diferenciar quanto à compreensão das mesmas. **Formação de um núcleo figurativo** [grifo meu]: o indivíduo recorre a informações e dados que já possui para compreender aquilo que é novo. **Naturalização dos elementos do núcleo figurativo** [grifo meu]: a partir desse momento, o abstrato se torna concreto, quase que palpável. O conceito está cristalizado e passa a ser considerado como elemento da própria realidade (SÁ *apud* MORÃES *et al.*, 2014, p.24).

De acordo com Porto (2011), a partir das ideias seminais de Moscovici, a TRS incorpora a colaboração de outros pesquisadores que deram origem a três abordagens no estudo das representações sociais. Cada uma dessas abordagens se diferencia pelo modo como delimitam o campo da representação e as metodologias utilizadas na investigação. A **abordagem estrutural**, cujos autores centrais são Claude Flament e Jean-Claude Abric, privilegia a dimensão cognitiva das representações e os métodos quantitativos de pesquisa. A representação social é entendida como um sistema de interpretação da realidade, que determina os comportamentos e as práticas dos sujeitos. A **abordagem processual**, cujo autor central é Denise Jodelet se mantém fiel às proposições de Serge Moscovici, enfatizando os processos históricos e culturais na compreensão do campo das representações. Adota uma perspectiva qualitativa no processo de investigação. E por último, a **abordagem societal** de

Willem Doise, adota uma perspectiva sociológica no estudo das representações sociais, enfatizando a inserção social dos indivíduos. Articula o indivíduo à sua condição nos sistemas de natureza societal e às relações simbólicas entre os atores e adota uma perspectiva qualitativa de pesquisa.

Na abordagem processual, genética ou dinâmica, como é chamada por alguns teóricos, o foco principal está na construção da representação, com base na sua origem e nos processos de elaboração da representação dos aspectos que a constituem, como informações, imagens, crenças, valores, opiniões, pensamento e cultura (ARRUDA, 2002). O campo da representação social deve ser entendido como campo de significados, saberes e informações e a sua estrutura perpassa a atitude que carrega, a afetividade que sustenta e a informação que possui.

Para Jodelet (2001), as representações sociais são formadas a partir do sistema composto por redes informais de comunicação, por meio da mídia ou de instâncias institucionais. Constituem novas teorias ao redor da realidade concretizada, compostas por símbolos carregados de significações que apresentam ao sujeito uma definição específica do objeto representado. Assim, as representações sociais podem se constituir como categorias informativa, cognitiva, ideológica, normativa, e ainda estarem relacionadas com valores, atitudes, opiniões e imagens.

As representações sociais são elementos simbólicos presentes nas palavras, nos discursos, nas mensagens e nas imagens da mídia e das comunicações interpessoais (FRANCO; VARLOTTA, 2004). Jodelet (2005) considera que:

[...] estas representações estão entre nós e que os efeitos simbólicos do cotidiano, em que se manifestam os saberes e as práticas dos sujeitos, demanda uma compreensão de que o registro simbólico expressa não apenas um saber sobre a realidade, mas também sobre as identidades, as tradições e as culturas que dão forma a um modo de viver (JODELET *apud* MORÃES *et al.*, 2014, p.18).

Dessa forma, as representações sociais devem ser compreendidas a partir de seu contexto de produção, das funções simbólicas e ideológicas que desempenham em determinado grupo social. Segundo Alves-Mazzotti citado por (CRUSOÉ, 2004) a objetivação, por parte dos sujeitos, de um determinado conceito ou objeto, na concepção de Jodelet, depende basicamente dos seus condicionantes culturais, do acesso às informações em função da inserção social e dos valores grupais. Dessa forma, ainda conforme Jodelet citado por Sêga (2000, p.129), a Representação Social apresenta cinco características: “ela versa sempre sobre a representação de um objeto; possui um caráter imagético; deixa intercambiável a sensação e

a ideia, a percepção e o conceito; destaca-se pelo seu caráter simbólico e significativo e é dotada de um caráter autônomo e criativo”.

A partir dessa compreensão, Denise Jodelet e seus seguidores enfatizam na abordagem processual o olhar antropológico sobre os objetos que investigam. O presente estudo se apoiará nos pressupostos teórico-metodológicos dessa abordagem, visando à construção das representações sociais dos professores sobre saúde, contextualizadas no processo histórico das políticas públicas de saúde no Brasil e nas experiências construídas por meio do Programa Saúde na Escola.

3 METODOLOGIA

3.1 NATUREZA DA PESQUISA

O estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa de tipo exploratória e descritiva. De acordo com Marconi e Lakatos (2007), o método qualitativo empenha mais em aprofundar a análise e interpretação do comportamento humano. Desta forma, proporciona uma análise mais detalhada sobre as investigações relacionadas ao hábito, atitudes e tendências de comportamento. Para Minayo (2011), ele envolve um conjunto de fenômenos humanos entendidos como parte da realidade social, disposta em um universo de significados, aspirações, crenças, valores, motivações e atitudes.

Conforme aponta Minayo (2000), a abordagem qualitativa abrange também as representações sociais que compõem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, fato este importante para o desenvolvimento da pesquisa. Aliada a isto, a pesquisa qualitativa deve encontrar os significados para aquela pessoa ou seu grupo, as representações psíquicas e sociais e os aspectos simbólicos presentes no fenômeno investigado (SILVA; ASSIS, 2010).

O delineamento da questão foi o típico estudo de caso, por ser uma abordagem que permite entender uma dada situação no contexto local. Segundo Yin, citado por Gomes (2012), trata-se de uma metodologia muito utilizada quando se pretende responder a questões do tipo “como” e “porque”, em que os pesquisadores não apresentam controle sobre os acontecimentos ou pretendem estudar um fenômeno inserido em um contexto da realidade.

Conforme menciona Gil (1991), o estudo de caso também se aplica a situações em que o objeto em foco é bastante conhecido, a ponto de ser classificado como um tipo ideal. Frente a esta perspectiva, considerando pertinente para a pesquisa tal delineamento e tendo em vista que as pessoas têm uma representação social sobre saúde, o interesse seria conhecer, através do estudo de caso, o enquadramento da representação sobre saúde apresentado pelos professores.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, está dividida em Regionais Político-Administrativas, que são consideradas espécies de subprefeituras encarregadas dos bairros de cada uma das nove regiões em que a cidade está dividida. A escolha pela cidade de Belo Horizonte se deu devido ao fato de a rede de Educação ser referência para políticas educacionais em todo o país.

Para o desenvolvimento deste estudo foram selecionadas três das quatorze escolas municipais que compõem a rede de ensino gerenciadas por uma regional de Belo Horizonte. A escolha por três escolas teve o intuito de ampliar e diversificar os dados, visando a uma

melhor qualificação nos resultados da pesquisa. Embora tivesse sido utilizado um critério para seleção das instituições escolares, pertencer à mesma unidade de saúde no município independente do bairro, ou seja, as escolas poderiam estar localizadas em bairros distintos.

Sendo assim, as três escolas selecionadas fazem parte do território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizado numa região de Belo Horizonte. Com relação à escolha dessas escolas, especificamente, levou-se em conta a proximidade de sua localização, fato que facilitaria o deslocamento para a coleta de dados. Esclarecemos que não foi pretensão deste trabalho realizar qualquer tipo de análise comparativa entre as escolas no concernente à maneira de executar as ações do PSE.

3.3 POPULAÇÃO

Os participantes da pesquisa foram os professores da rede municipal de ensino de Belo Horizonte. Para o estudo, foram selecionados participantes que tivessem, além de disponibilidade de horário durante o expediente de trabalho, interesse em colaborar com a pesquisa, tanto homens como mulheres, durante o turno matutino e vespertino. Os professores foram convidados por meio de uma carta-convite (APÊNDICE A), com a anuência da coordenação e direção da escola, para que fosse respeitada a compatibilidade de horário entre os participantes, visando à formação do grupo focal que se pretendia para a coleta de dados.

Além da participação dos professores, os monitores do Programa Saúde na Escola das instituições escolares colaboradoras foram convidados a contribuir com a pesquisa, na contextualização do cenário. Estes monitores são os responsáveis por mediar as ações de saúde realizadas pelo setor Saúde na Escola.

3.4 AMOSTRA

A amostra foi composta por 14 professores e 3 monitores do PSE, totalizando 17 participantes, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B).

Com o objetivo de garantir o sigilo da identidade dos sujeitos, os nomes dos participantes foram substituídos por códigos, seguidos de um número sequencial, associado ao código da escola identificada por E (escola) seguida de um número, de acordo com a ordem em que foi realizado o grupo focal 1, 2 e 3, conforme descrito na tabela 1. Desta forma, para os professores, utilizou-se o código S (sujeito) 1, 2, 3 até 6, número máximo de participantes no grupo.

Tabela 1 - Identificação da Amostra dos professores por escola , Belo Horizonte/MG 2016.

Grupo Focal	Escola	Sujeito	Idade	Sexo	Formação
GF1	E1	S1-E1	64	F	Letras
		S2-E1	26	F	Letras
		S3-E1	51	F	Letras
		S4-E1	36	M	Biologia
		S5-E1	49	F	História/ Letras
		S6-E1	48	F	Biologia
		Total			06
GF2	E2	S1-E2	34	M	História
		S2-E2	30	M	História
		S3-E2	50	M	Matemática
		S4-E2	33	F	Ensino médio
		Total			04
GF3	E3	S1-E3	55	F	Não informado
		S2-E3	49	F	Não informado
		S3-E3	48	F	Não informado
		S4-E3	30	F	Biologia
Total Geral		Total			14

Fonte: Dados da pesquisa/2016

A Tabela 1 apresenta o perfil dos professores estudados por escola segundo as variáveis seguintes: idade, sexo e formação. Destaca-se que a escola E1, cuja maioria dos participantes era do sexo feminino, contou com a participação de um homem no grupo. Com relação à idade, quatro membros tinham entre 48 e 64 anos e dois participantes estavam com idade entre 26 a 36 anos e, quanto à formação acadêmica, predominaram dois cursos: letras e biologia. A escola E2, ao contrário da E1, contou com a participação da maioria do sexo masculino, sendo que havia uma mulher no grupo. Com relação à idade, três participantes apresentaram idades mais próximas e um membro, com idade de 50 anos. Quanto à formação acadêmica deste grupo, verificou-se que três participantes tinham formação superior _ um em matemática e dois em história _ e um participante apresentou escolaridade de nível médio. A escola E3 apresentou o perfil mais homogêneo, predominando o público feminino, sendo que três mulheres com idades próximas entre 48 e 55 anos e uma com idade de 30 anos, não havendo uma variação grande com relação à formação.

Para identificação dos monitores do PSE, estes receberam um código M (monitor) seguido do número 1, 2 ou 3, acompanhado da codificação relacionada à escola que trabalha conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Identificação do monitor do PSE por escola, Belo Horizonte/MG 2016.

Escola	Sujeito	Idade	Sexo	Formação
E1	M1-E1	25	F	Ensino Médio
E2	M2-E2	19	M	Superior incompleto
E3	M3-E3	23	F	Ensino Médio
Total Geral		03		

Fonte: Dados da pesquisa/2016.

A Tabela 2 apresenta o perfil dos monitores do PSE, tendo sido observado um monitor por escola. Com relação à sua formação, dois possuíam o ensino médio e um estava cursando o ensino superior. A idade dos monitores situa-se entre os 19 e os 25 anos.

3.5 INSTRUMENTO

Para a coleta de dados foi empregada à técnica do grupo focal. Esta técnica permite coletar os dados por meio da interação grupal entre os participantes. Segundo Kind (2014) é através das interações grupais que se consegue, nos grupos focais, a obtenção de dados e insights que dificilmente ocorreriam fora destes grupos. Neste sentido, os grupos focais são propícios para investigar o que os participantes pensam, e, além disso, o pesquisador consegue esclarecer por que os participantes pensam desta forma sobre determinado tema (MORGAN *apud* BARBOUR, 2009).

Com relação à operacionalização do grupo focal, existe uma variação na literatura. Diversos autores (LERVOLINO; PELICIONE, 2001; DE ANTONI *et al.*, 2001; BARBOSA, 2012), apontam um mínimo de seis a oito e um máximo de dez a quinze participantes. No entanto, para a organização e formação do grupo focal, o presente estudo considerou o mínimo de quatro participantes, seguindo a metodologia baseada na referência de Barbour (2009) que considera as pesquisas das ciências sociais estarem mais interessadas em explorar a profundidade dos significados, sendo, pois, possível à presença de grupos focais com números menores de participantes.

Com relação ao tempo, Gatti (2005) considera que o tempo para cada reunião grupal dependerá da natureza do problema em questão. Dessa forma, ocorreu uma variação no período de realização do grupo focal nas escolas, de acordo com a discussão que foi promovida em cada uma delas.

Diante dessa perspectiva, foi realizado um grupo focal por escola, totalizando três *corpus* utilizados na discussão dos resultados. Assim, visando à praticidade e ao maior engajamento dos participantes, os encontros ocorreram no próprio local de trabalho dos professores, em salas coletivas e nos horários de projeto pedagógico coletivo, além disso, tais encontros foram gravados e os dados foram transcritos na íntegra. No entanto, ressalta que a principal dificuldade nesta abordagem foi conseguir reunir o número necessário de quatro professores disponíveis e interessados para a realização do grupo focal. Neste momento, foi imprescindível o papel das diretoras e/ou coordenadoras, para esclarecer e mostrar a importância da pesquisa a ser realizada na escola. A escola E1 contou com seis participantes no grupo focal e as escolas E2 e E3 contaram com a participação de 4 professores.

Em linhas gerais, a discussão nos grupos focais foi conduzida a partir das questões que emergiram espontaneamente entre os participantes, possibilitando a interação do grupo de professores em torno do tema saúde.

Foi utilizada, como técnica complementar, entrevista semiestruturada com os monitores do PSE, que serviu para a construção e compreensão do cenário da pesquisa. As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade deles, sem interromper as atividades do programa na escola. Segundo Minayo (2000), a entrevista é uma maneira de se produzir conhecimento de uma dada realidade sobre um determinado tema. Para Ferraro (2011) a entrevista semiestruturada é mais flexível. Trata-se de uma técnica que facilita o próprio entrevistando a expressar as respostas desejadas. As entrevistas se desenvolveram em torno de perguntas relacionadas à saúde e as práticas de saúde na escola.

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

O principal foco da análise e interpretação dentro da perspectiva qualitativa é a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se deseja investigar (MINAYO, 2011). Para organização dos dados qualitativos, foi tomado por referência o Método de análise de conteúdo, seguindo as etapas de análise definidas por BARDIN (2006). O texto resultante dos depoimentos dos professores no grupo focal foi utilizado para a construção dos três *corpus* de análise deste estudo.

A análise de conteúdo é considerada uma importante “ferramenta para a compreensão da construção do significado que os atores sociais exteriorizam no discurso” (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005, p.74). De acordo com Gomes (2012), a descoberta que se faz a partir da análise de conteúdo revela o que está por trás das mensagens, o que existe para além do que está sendo comunicado.

A primeira etapa, denominada de pré-análise, constituiu-se da organização do material: realizou-se uma leitura flutuante deste material para se conhecer seu conteúdo e a formulação das hipóteses iniciais a serem confirmadas a partir da exploração do material. Segundo Bardin (2006), aos poucos a leitura vai se tornando mais precisa, devido à hipótese e à teoria que sustentam o material.

Para cada escola, foram determinadas as unidades de registro e construídos os núcleos de sentido extraídos por frases e sequências de frases, sem sair do contexto, obtendo-se os trechos das entrevistas que respondiam à questão da pesquisa. A partir de então, iniciaram-se as inferências, categorizando os núcleos de sentido em expressões que os representassem.

Nesse sentido, justifica a “necessidade de decompor o discurso para a análise e posterior reconstrução do significado, aprofundando a visão e interpretação que os entrevistados têm da realidade estudada e uma sensibilidade para captar as nuances das quais estão carregados os discursos, seja nas expressões, contradições, pausas ou repetições, além do próprio conceito que exteriorizam” (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005, p. 76).

A etapa seguinte compreendeu a codificação do *corpus* de análise em que as expressões e segmentos textuais que forneceram os significados foram expandidos em categorias definidas *a priori* no referencial teórico, com base no Quadro 3, construído para a pesquisa, visando proporcionar clareza quanto às características dos modelos de atenção à saúde. Para garantir que a categoria tivesse eficácia, seguiu-se a regra da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 2006).

Ressalta-se que, inicialmente, obtiveram-se três categorias: a Biomédica, a Biomédica aplicada à escola e a de Promoção da saúde. No entanto, verificou-se que uma dessas categorias tratava-se de uma subcategoria. Sendo assim, uma delas foi absorvida, o que resultou em duas categorias temáticas, a saber: a Biomédica e a da Promoção da saúde.

Na análise categorial dos grupos focais, foram calculadas as frequências absolutas e relativas das ocorrências das unidades de significação e de registro (Tabela 3), que auxiliou na construção posterior de uma nova tabela (Tabela 4), que apresenta a classificação dos temas por ordem decrescente de frequência total e por escola, visando à discussão dos resultados.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Baleia/ Fundação Benjamin Guimarães e aprovada em 21 de Dezembro de 2015, obtendo parecer favorável para a sua execução número CAAE 50321615.0.0000.5123.

Este estudo foi realizado dentro dos padrões éticos de pesquisa e respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Desta forma, antes do início da pesquisa, os participantes foram informados com relação aos objetivos do estudo, possibilitando-lhes a liberdade de participação. Aos que concordaram em participar, foi solicitada assinatura do TCLE.

Os dados gerados serão utilizados somente de acordo com os objetivos propostos na pesquisa e poderão ser divulgados em encontros científicos, como congressos, simpósios e em revistas científicas e, caso o pesquisador desejar utilizá-los para outras finalidades de pesquisa, tal fato redundará em uma nova análise em relação à ética.

4. RESULTADOS

4.1 CONTEXTO DA PESQUISA

O contexto da pesquisa foi elaborado a partir de várias fontes documentais das escolas, como portfólio, cartilha e livro de registros, de observações realizadas durante as visitas nas escolas, de entrevistas com os monitores do PSE e os próprios grupos focais com os professores, por meio dos quais se obteve as informações relacionadas à escola e ao funcionamento do PSE nas escolas.

As três escolas municipais selecionadas para este estudo são gerenciadas por uma Regional da cidade de Belo Horizonte e estão vinculadas à rede local de serviços. Estas escolas pertencem ao território de abrangência da mesma Unidade Básica de Saúde. As escolas possuem boa localização e boa estrutura física, facilitando o acesso dos alunos residentes na região.

Essas escolas possuem vários pontos convergentes, destacando-se aqui a participação no PSE, visando ao objetivo do estudo. O programa foi implantado em 2008 simultaneamente nas três escolas, partindo-se a princípio de um projeto-piloto, tendo sido lançado nas escolas sob o comando único da Secretaria Municipal de Educação (SMED) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) do município de Belo Horizonte. Estes setores decidiram as ações a serem desenvolvidas através do programa no município, seguindo os componentes estabelecidos nas normativas, mas sem a participação e envolvimento do corpo docente nesta construção.

Efetivamente, a implantação do PSE nas escolas ocorreu de forma desarticulada entre os setores saúde e educação, uma vez que a comunicação do monitor com o posto de saúde era problemática. Agendava-se a ação na escola, mas os profissionais da saúde não compareciam. Com o tempo, porém, essas questões foram aos poucos sendo sanadas e o programa consolidou-se e desenvolveu-se.

[...] era aquele negócio solto. [...] a nossa comunicação com o centro de saúde era muito difícil. [...] era uma coisa muito difícil de acontecer, eles combinavam de vir e não compareciam (M1-E1)

O desenvolvimento atual das ações de saúde relativas ao PSE estão mais consolidadas, o enfermeiro e auxiliar de enfermagem todo mês comparece na escola para medir, pesar e aferir a pressão dos alunos, o monitor auxilia estes profissionais, ficando responsável por organizar e chamar os alunos nas salas de aula e lançar os dados no sistema. Nos casos em que o aluno apresenta ao enfermeiro o cartão de vacina vencido, os pais são

acionados pelo monitor e são encaminhados a um posto de saúde a fim de levar o filho para vacinar.

Os monitores têm que apresentar uma vez por semestre um planejamento das ações em reunião com a GERBS (PBH) e, ao longo do ano, vão desenvolvendo estas ações em suas respectivas escolas juntamente com um profissional responsável da área da saúde. Assim, os profissionais, psicólogo, assistente social, nutricionista, entre outros, conhecendo o tema a ser abordado, comparecem na escola de acordo com a programação, seguindo uma escala mensal. A primeira ação deste ano foi com relação à questão da dengue. Cada uma das três escolas trabalhou esse tema e, através de adesão à campanha contra a dengue, foi realizada em cada escola uma caminhada junto com setor da saúde.

O PSE acontece há mais de sete anos nestas escolas, mas os professores ainda não sabem precisar informações sobre o programa, desconhecendo seus princípios, objetivos e metodologia. A percepção dos professores sobre o programa provém das observações na dinâmica da escola. Eles percebem a movimentação do monitor e a presença de alguns profissionais da saúde no espaço escolar ao desenvolver as ações de saúde, destacando-se a avaliação antropométrica, a avaliação da acuidade visual e a distribuição de óculos aos alunos.

[...] ninguém explicou pra ninguém ali na sala do professor o que é o programa saúde na escola. (GF3)

[...] eu não tenho conhecimento algum, [...] eu via a movimentação da funcionária daqui da escola... é chamando os alunos e levando tanto que alguns alunos perguntando assim: o que eles vão fazer professor? Eu falava assim: eu não tenho a menor ideia. (GF1)

Neste sentido, devido à ausência de informação, o conhecimento que os professores têm sobre o programa de saúde na escola é limitado. Eles exercem um papel passivo, cuja participação se restringe apenas em liberar o aluno da sala de aula ou mesmo ceder o horário para a prática das ações de saúde com os educandos, sem nenhum diálogo ou mesmo interação com a equipe de saúde nas atividades.

[...] com relação à participação nossa é... fica muito nesta questão de ceder o horário, pelo menos aqui. (GF1)

As famílias também não são informadas sobre o programa e integradas a ele. Por ocasião da matrícula anual, assinam um termo de autorização que permite ou não a participação dos filhos nas ações do PSE, preenche a ficha contendo informações pessoais, inclusive dados sobre as condições de saúde da criança (se ela possui algum tipo de doença, se faz uso de medicamento, se tem algum tipo de alergia, entre outras informações básicas), mas estes pais, assim como os professores, não recebem nenhum detalhamento sobre as ações de

saúde a serem realizadas em seus filhos. A principal justificativa da não permissão da criança participar no programa é a de que a família possui plano de saúde e, portanto, os filhos já têm acompanhamento médico privado⁷.

Diante de situações em que o aluno passa mal ou cai e machuca dentro da escola, a prefeitura é conveniada com hospital Belo Horizonte que tem um seguro individual de saúde para todos os alunos da rede pública. Assim, dependendo da gravidade e estado de saúde do aluno, este é encaminhado para o atendimento no pronto-socorro sem custo nenhum para a família. Muitos professores da escola entendem que esta medida é de responsabilidade da gestão do programa.

[...] mas eu não vi assim, chegar alguém que... do PSE, tal e... não veio uma ação imediata do PSE, naquele caso específico. (GF2)

O ponto principal divergente entre as escolas quanto a este estudo é a forma como o processo de saúde acontece nestes espaços e como os professores se posicionam diante dele. Assim, para darmos prosseguimento, segue a apresentação destas concepções dentro do contexto de cada escola.

4.1.1 CENÁRIO DA ESCOLA E1

A Escola Municipal E1 foi fundada em 1992 sem que existisse um local apropriado para seu funcionamento. As aulas aconteciam em um prédio comercial da região. Na escola não havia quadras, a cantina era inadequada e os banheiros ficavam dentro das salas de aulas, gerando um desconforto para todos. Em 1995 a prefeitura alugou outro prédio no mesmo bairro, mas os problemas em torno da falta de condições de trabalho e estudo continuaram, juntamente com as mobilizações da população, através de passeatas e protestos, reivindicando um espaço digno para o funcionamento da escola no bairro. Neste mesmo ano, no mês de outubro, as aulas iniciaram logo após a inauguração da escola construída no terreno doado por uma Associação dos moradores da região⁸.

Hoje a escola apresenta uma boa estrutura física com quadra coberta, pátio, cantina, laboratório, biblioteca e salas de aulas, funciona nos três turnos e atende aos alunos a partir dos seis anos de idade matriculados no ensino fundamental. Nessa escola, onde estão matriculados atualmente 759 alunos no ensino fundamental, há ainda o Programa de Intervenção Pedagógica (PIP), Programa Escola Integrada (PEI) e o Programa Saúde na Escola (PSE) e observa-se a presença de jovens e adultos que fazem parte do programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA).

⁷ Informações obtidas através da entrevista com monitor.

⁸ Informações obtidas através do livro de registro da escola.

A escola é percebida pelos professores participantes da pesquisa como espaço que não preserva sua memória, a sua história. Sendo re-inaugurada a cada ano, nota-se que não há muita preocupação em arquivar os registros dos acontecimentos, eventos, projetos e outras ações nela realizadas.

Então esse é o problema está sempre esquecendo o que fez não tem memória, tem projeto, tem discussões [...] às vezes ao fazer a limpeza jogaram fora os livros de registro que a gente tão cuidadosamente registra [...] (GF1)

Aliado a isto, com relação ao projeto político-pedagógico, a escola não envolve os professores na sua construção, apresentam total desconhecimento dos seus princípios e regimentos.

Falar de PPP de Projeto Político e Pedagógico de escola é uma coisa assim, vamos vou usar uma expressão assim cabeça de bacalhau... [...] eu nestes dez anos eu ainda não vi na minha frente um projeto político pedagógico. (GF1)

[...] a escola às vezes se preocupa muito com o regimento escolar e esquece do Projeto Político Pedagógico da escola, que é a identidade da escola, pra que qual é a função o que que é essa escola a filosofia dessa escola, pra quê que ela tá ali né...e a gente nós professores a gente não tem conhecimento não tem participação (GF1)

As práticas efetuadas pelos professores são construídas no dia a dia, ao passo que as ações oriundas das políticas públicas, direcionadas aos programas e projetos desenvolvidos dentro da escola, não têm continuidade, são sempre estabelecidas de modo imediatista e atribuídas pelo governo, ou seja, seguem em consonância com uma hierarquia, sendo executadas de forma autoritária. Neste sentido, o PSE na escola foi definido pela gestão conjunta e pareceu pronto, sem a participação e o envolvimento externo em sua elaboração.

O que me assusta um pouco... [...] mas a educação de um modo geral é uma coisa assim, aquela coisa imediatista é cai aqui uma coisa da prefeitura, vamos fazer oh professor faça... (GF1)

As ações a serem desenvolvidas pelo monitor do PSE na escola são ações de saúde realizadas anualmente e o seu papel é de auxiliar os profissionais da saúde a pensar, medir, avaliar a acuidade visual, intermediar junto aos profissionais a realização de palestras na escola, participar de ações educativas contra epidemias, além de dar suporte ao corpo escolar quando necessário.

Os professores participantes da pesquisa desconhecem o programa e muitos não gostam que os alunos das salas de aulas sejam retirados. Entretanto, eles reconhecem a importância do PSE dentro da escola e manifestam o desejo de participarem das ações educativas de uma forma mais efetiva. Estes sentimentos podem ser percebidos através das falas:

Não, porque eles não gostam muito que tirem os alunos da sala de aula, e a gente sempre tem que estar tirando para poder estar avaliando (GF1)

[...] vejo a importância de um programa efetivo eficaz (GF1)

Com relação aos dados do PSE na escola no ano de 2016, o total de alunos autorizados pelos familiares a participar do programa foi de 735 crianças e apenas 24 alunos não foram autorizados, sob a alegação de que eles possuíam plano de saúde.

Na escola são realizadas algumas ações fragmentadas no campo da saúde pelos professores de ciências, ações essas relacionadas ao conteúdo didático e às práticas do dia a dia. São ações de orientação alimentar, sexualidade, meio ambiente, higiene corporal, atividade física entre outras. Porém essas ações não são planejadas: acontecem devido à sensibilidade dos professores em atender às demandas que surgem em sala de aula.

...como a gente já tem experiência e lida com menino né, com criança, então a gente fica mais atento (GF1)

A relação da escola com serviços de saúde se faz através de uma participação em que o posto de saúde é um simples prestador de serviços, não acontecem ações em conjunto e não há um empenho da escola em promover saúde em seu ambiente. Os professores recorrem aos serviços de saúde em busca de atendimento para os seus educandos e realizam o papel de identificar e encaminhar as demandas da escola aos serviços especializados de saúde.

[...] eu gosto de ver, de me responsabilizar e passar adiante pra quem vai encaminhar, [...] então acho que o professor tem que ter este papel na sala de aula; ao identificar aquele aluno que “tá” com uma característica mais estranha ou coisa assim, a gente tem de relatar e encaminhar pra quem vai dar andamento, [...] porque eu gosto de me envolver com as coisas, sabe? (GF1)

O perfil destes professores que atuam na rede pública de ensino se resume em atuarem há mais de 20 anos nas escolas, estarem próximos de se aposentar, terem uma média de idade para ambos os sexos de 41,8 anos, possuírem formação de nível superior.

4.1.2 CENÁRIO DA ESCOLA E2

A Escola Municipal E2 foi fundada em 1971 e foi construída no terreno que faz parte de uma área ambiental de 300 mil metros quadrados de área verde e de lazer na região. A população local preocupa-se com a preservação ecológica, fato que contribuiu para a ocupação e história do bairro. O nome da escola foi escolhido como uma forma de homenagear personalidades que se destacaram prestando serviços à área da educação na época. Atualmente estão matriculados na escola 1097 alunos do ensino fundamental.

No ano de 2015 a escola participou de um concurso desenvolvido pela Nestlé relacionado à alimentação, e toda ela se envolveu neste projeto. Os alunos foram medidos,

pesados e bem orientados e, como consequência disso, a escola ganhou por dois anos seguidos o primeiro lugar neste concurso na área da saúde⁹.

A maioria dos professores que estão no corrente ano atuando na escola tem menos de dez anos de experiência na docência e tem formação superior. Grande parte do corpo docente na instituição é constituída por homens. São professores que apresentam perfil de consciência crítica política e social e, no tempo em que foram estudantes, presenciaram os atendimentos de profissionais de saúde dentro do espaço escolar, usufruindo dos atendimentos ofertados na escola, mesmo tendo plano de saúde.

Os professores têm consciência de que as políticas públicas precisam ser aprimoradas para melhor atender aos cidadãos e que os usuários dessas políticas são pessoas que não têm boa condição financeira. Os que têm uma condição financeira melhor utilizam os serviços privados, tanto no que concerne à saúde como no referente à educação. Consideram ainda que é importante e necessário que o cidadão se envolva nas questões relativas à política, seja mais participativo e menos acomodado, para ter direito de cobrar ações do governo.

[...] eu acho que a política pública sempre teve por base essa relação com o papel de cada cidadão. Trata-se de uma política pública que deve, juntamente com o cidadão, estar sempre se aperfeiçoando, se otimizando. (GF2)

Fica-se, entre aspas, refém de uma política pública e aí o que é que tem de investimento dessa política pública? É uma política pública que em todo momento você precisa aprimorar. (GF2)

Compreendem que as campanhas de combate às doenças e epidemias ocorrem e são necessárias, mas quando a população não se encontra em situação de risco ela se acomoda. No caso específico da dengue e em determinados períodos estas mesmas campanhas de saúde têm que ser retomadas. As campanhas de combate à dengue são consideradas como ações para prevenir, já os atendimentos nas escolas são vistos como maneira de “remediar”, pois muitos programas e projetos que surgem na escola são imediatistas, servem apenas para “apagar incêndio”, são ações de momento que não têm continuidade e são de curto prazo.

[...] falou da questão midiática, mas é assim, é um incêndio, né, o incêndio está aqui, vamos lá e vamos apagar, daí a pouco apagou, mas não debelou totalmente o incêndio, ainda tem esse aqui, então vamos apagar o próximo. (GF2)

Na escola acontecem ações voltadas para a educação em saúde, realizadas pelos professores a seus alunos através de palestras e vídeos informativos e educativos. Os professores recorrem às experiências de serviços que estão apresentando resultados positivos

⁹ Informações fornecidas pelo sujeito S4-E2 no GF2.

em outros estados, aplicando-as em seus alunos. Percebem que as políticas públicas estão cada vez mais presentes, podendo, através das escolas, se estenderem até as famílias dos alunos. Os professores, diante das percepções que têm das demandas, sentem a necessidade de profissionais especializados atuando dentro da escola, inseridos no PSE.

Está acontecendo de uma forma mais forte agora, e isso faz parte dessa política pública também de levar isso para a escola, para que de repente a criança chegue e inverta o processo, eduque os pais se for necessário. (GF2)

[...] esse programa de saúde dentro da escola acontece e tudo que vem para somar é válido, mas não precisa ainda mais de assistente social, psicólogo, quem mais da saúde que pode vir aqui ? Fisioterapeuta, de repente, às vezes o próprio médico vem aqui, o dentista vem aqui, entende. (GF2)

O PSE acontece no espaço escolar sem a participação e envolvimento dos professores. Para o monitor a justificativa é que os professores são novatos na rede, o que contribui para o não conhecimento deste programa. No entanto, os professores alegam não ter recebido nenhuma informação, desconhecendo, assim, o programa:

Mas aqui eu não tive nenhuma informação a respeito, não recebi nada, nenhum papel, nenhum informativo. (GF2)

Então, os professores, embora reconhecendo que se trata de um programa de saúde, não conhecem todas as ações que são desenvolvidas e têm pouco contato com o monitor. Observam algumas ações na escola e as associam apenas aos aspectos da alimentação e acuidade visual. Neste sentido, notam a prontidão com que o aluno recebe os óculos através do programa, mas consideram que o programa precisa potencializar mais ainda para garantir mais espaço.

As ações de saúde realizadas por meio do PSE na escola são avaliações principalmente odontológicas e oftalmológicas e ocorrem pelo menos uma vez por ano, sendo que os alunos são direcionados por estes profissionais ao posto de saúde. Já o enfermeiro e auxiliar de enfermagem comparecem regularmente na escola para realizar as ações de saúde acompanhadas do monitor do programa. Os profissionais do posto de saúde estão presentes na escola, mas, como não conseguem comparecer com certa constância, seguem um planejamento mínimo para atender às turmas por séries. Desse modo, conseguem atender ao maior número de alunos durante o ano. A meta do programa na escola é atender 100% dos alunos, meta esta que foi atingida no ano de 2015. Atualmente a escola está com 1058 alunos que participam do programa, dos quais aproximadamente 39 alunos que não foram autorizados pelos pais.

O perfil dos alunos que participam do programa na escola é composto, na maioria das vezes, por alunos que têm uma boa condição financeira, alguns têm plano de saúde e,

também utilizam os serviços públicos. Ressalta-se que os alunos na escola têm uma boa relação com o monitor. A sala reservada para o PSE na escola é um espaço amplo, tem armários para guardar os materiais, balança, mesa e cadeira. Trata-se de um lugar reservado, propício para ser utilizado nas avaliações de saúde. Quando o monitor necessita lançar os dados do programa no sistema, ele utiliza o computador da secretaria.

O papel do monitor do PSE na escola é acompanhar todas as ações de saúde desenvolvidas, além de organizar e supervisionar a alimentação que é servida aos alunos do programa da escola integrada, principalmente no horário de almoço. O monitor fica encarregado de conversar com os alunos que estão apresentando dificuldade para comer alguns alimentos e, após a alimentação, orienta-os também sobre a escovação dos dentes. A escola distribui ao aluno, como medida educativa, *kit* de higiene bucal contendo uma escova, um creme e um fio dental.

Além disso, o monitor é responsável por levar as crianças para fazer as consultas e avaliações quando são feitas em locais fora da escola. Neste caso, a prefeitura fornece o transporte e, após esse procedimento, a criança leva os óculos que lhes são distribuídos gratuitamente. O monitor é o encarregado de chamar os alunos na sala de aula para fazer as avaliações de saúde e auxiliar os profissionais nestas avaliações, além de organizar cronogramas com as palestras do mês.

Os professores participantes da pesquisa, mesmo reconhecendo que os programas e as campanhas de saúde são colocados de uma forma impositiva e centralizados, não fazem objeção devido ao grau de importância que deve ser dado aos programas e projetos sociais. Embora não sejam inseridos nas ações do PSE, acham importante as ações do programa e não consideram como problema interromper as aulas e liberar os alunos para fazer as avaliações de saúde do dia.

Apesar de ser impositiva, ele é extremamente importante, então não é aquele impositivo a que você faz objeção. (GF2)

A ideia da interdisciplinaridade está presente na escola e os professores têm noção de que podem trabalhar dentro desta perspectiva que envolve o tema saúde dentro do conteúdo trabalhado na sala de aula, seja na matemática, na história ou na geografia. Acreditam ser capazes de trabalhar dentro de uma perspectiva interdisciplinar e em parceria, pois julgam que o professor deverá levar em conta essa dimensão ao planejar sua aula, incluindo o tema saúde no conteúdo pedagógico.

[...] eu acho que parte muito do professor também, dentro da... de como ele amarra o conteúdo e da... sabe, pensar, não é só no conteúdo de matemática, não é só no

conteúdo história, de geografia... enfim, é pensar no todo, então na hora que você está planejando a aula, você pensa nessas questões assim. (GF2)

Na escola, ocasionalmente, aparecem casos específicos de saúde, como de aluno que passa mal, diante dos quais os professores não sabem como agir. Alguns professores ficam aguardando uma ação imediata de quem está à frente do programa para prestar os primeiros socorros, pois acreditam que, quando o aluno passa mal dentro da escola, o monitor do PSE deve dar suporte, responsabilizando-se em nome do programa.

Mas eu mesmo não sei como que é esse funcionamento, essa política da escola, ainda nesses casos específicos, né, assim, como eu não sei o objetivo geral e específico do PSE, acho que falta essa comunicação lá com os professores. (S2-E2)

Diante de algumas dificuldades de entendimento sobre as ações que são realizadas através do programa na escola, os professores ficam esperando, na expectativa de que sejam realizadas palestras sobre o PSE na escola para falar e explicar o conteúdo do programa na escola.

Eles tinham que dar palestras para as pessoas, para os professores, falar sobre o programa, como é que pode ser desenvolvido na escola [...] (S4-E2)

4.1.3 CENÁRIO DA ESCOLA E3

A Escola Municipal E3 foi inaugurada em março de 1971 e surgiu de um engano cometido por um desenhista que, ao planejar a planta estrutural de um determinado bairro de Belo Horizonte, no lugar onde seria uma área verde colocou uma placa com a palavra “Grupo Escolar”¹⁰. O prefeito na época, com o anseio de ampliar as escolas no município, mandou que construíssem escolas em todos os lugares onde houvesse a palavra “Escola” na planta.

No ano de 1974 a escola recebeu um prêmio de melhor “Clube Agrícola de Belo Horizonte”. Este clube era de responsabilidade dos professores e alunos e cada turma era encarregada de cuidar de um canteiro. Atualmente a escola atende aos alunos do bairro e do seu entorno, sendo que estão regularmente matriculados 1008 alunos na escola no ensino fundamental. O perfil dos alunos hoje na escola é diversificado: há alunos com boas condições financeiras e alunos com condição financeira e social bem inferior.

Nesta escola o quadro de professores é composto em sua maioria por mulheres, com predomínio de formação superior, nascidas na capital mineira. São professoras cuja maioria tem mais de 20 anos de experiência na docência e uma minoria com menos de 10 anos de atuação escolar. Trabalham em mais de uma escola, às vezes nos três turnos. Devido a essa rotina de trabalho, aliada aos afazeres do lar, tendem a uma dificuldade em conseguirem

¹⁰ Informações obtidas através do livro de memórias da escola.

dedicar um tempo para realizar as práticas de prevenção da saúde no seu dia a dia. Analisando o grupo de professoras, algumas, pensando na qualidade de vida, praticam atividade física, como ciclismo ou caminhada, e outras não o fazem devido ao cansaço e ao próprio estilo de vida.

O ritmo de vida do professor, eu acho que vai muito contra essa questão do bem-estar, né, assim, se a gente for parar para pensar, geralmente o professor trabalha dois, três horários, é aquela correria o dia inteiro, não tem um tempo calmo para sentar e almoçar. (GF3)

Os professores participantes percebem que este ritmo de vida que levam está relacionado com o capitalismo e enfatizam que a questão do consumismo conduz às práticas que irão ocasionar problemas futuros de saúde, mas se sentem influenciadas por este sistema em manter um padrão de vida confortável, e isso inclui a necessidade de terem um plano de saúde individual e familiar. São professoras que têm consciência da necessidade de realizar ações de prevenção, de diminuir o ritmo de vida, de priorizar a saúde, mas que no dia a dia deixam de lado estes aspectos, procurando os serviços de saúde só no momento em que aparece algum sintoma relacionado a alguma doença.

A gente vai-se consumindo e a gente vai entrando numa roda e a gente não se preocupa com o que está por trás e o que é que aquilo acarreta com relação à saúde. (GF3)

Com relação ao PSE na escola, os professores não são informados antecipadamente sobre quais os alunos irão participar do programa, não há planejamento das ações em conjunto na escola. As ações do PSE não estão sintonizadas com as atividades pedagógicas dos professores. Estes professores acreditam ser necessário receber um calendário cujos eventos sejam repassados com antecedência e que contemple quando estas ações irão acontecer.

A participação dos professores no programa é mínima. Segundo eles, apenas liberar os alunos para participar das ações de saúde, gera incômodo, pois interrompe a aula e “quebra-se o trabalhado” que está sendo realizado, seja através de uma atividade didática ou de uma prova:

Porém, nós estamos no ambiente escolar, à hora que estou na minha sala dando às vezes uma aula importante, às vezes é uma prova [...] e a pessoa chega precisando retirar meus alunos para pesar, medir ou fazer um pré-teste da visão [...] isto está quebrando o meu trabalho também. (GF3)

Ah, o aperfeiçoamento que eu acho que pode acontecer é de a gente ter isso mais sistematizado no calendário e não chegar dessa forma, “hoje eu vou fazer na sua turma, hoje eu vou levar a sua turma”... (GF3)

Entretanto, na escola há professores que também, assim como o monitor, identificam serem as ações dentro da escola importantes e não se importam de ceder o horário, pensando no bem maior:

Eles liberam numa boa quando tem que levar para a acuidade visual, a questão da saúde bucal, quando as enfermeiras vêm lá do posto para olhar a boquinha dos alunos, eles liberam numa boa. (M3-E3)

[...] eu acho que às vezes é salutar que o menino seja retirado da sala. Eu acho que compensa muito mais tirar esse menino de uma sala. [...] para resolver alguma questão da saúde, já que isso certamente poderá interferir em sua vida no resto do ano todo [...] (GF3)

A sala do PSE na escola é uma sala pequena, próxima ao pátio, tem ventilação precária, não é adequada para a prática das atividades destinadas ao programa. Quando a monitora necessita de uma sala ampla, utiliza o auditório e, quando precisa lançar os dados referentes aos alunos no sistema, utiliza o computador da secretaria.

Mas, ainda falta à questão do espaço, né. A gente precisa registrar dados constantemente no computador, a gente precisa que dê entrada nesse computador, que dê essa assistência. [...] um espaço que a gente possa colocar a balança, um espaço para que o enfermeiro possa atender aos meninos na sala do PSE. (M3-E3)

Alguns lugares são improvisados, a gente precisa muito ter um arquivo, um armário, onde a gente possa guardar os documentos das crianças. Nem todas têm. Aqui, a questão é o espaço. (M3-E3)

O programa facilita o acesso dos alunos aos serviços de saúde através das ações que são realizadas: avaliações e encaminhamento a profissionais especializados, exames diversos, principalmente acuidade visual, avaliação antropométrica dos alunos. Participam do PSE na escola principalmente os alunos que não têm plano de saúde, embora também alguns alunos que possuem plano de saúde participem. Alguns professores têm filhos que estudam na escola, mas eles não participam das ações do programa.

Eu, como mãe de aluno da escola, tenho a... [...] a benção de ter um plano de saúde, eu não utilizo... meu filho não precisa ter essa demanda, mas igual eu falei, eu reconheço que há alunos aqui que precisam. (GF3)

Dos alunos matriculados, 896 estão autorizados pelos pais a participar do PSE, 19 não apresentaram nenhuma justificativa e 13 não foram autorizados pelos pais a participar do programa por possuírem plano de saúde, ter médico na família ou os pais não terem tempo para acompanhar o filho.

O programa atende às demandas urgentes, voltadas para diagnosticar e encaminhar para tratamento e cura. Um exemplo disso é o caso de um aluno que foi detectado, através das avaliações de acuidade visual, que estava com ceratocone. Foram providenciadas todas as medidas necessárias para seu tratamento, inclusive seu

encaminhamento para o procedimento cirúrgico. Por outro lado, os professores reclamam que os pedidos de acompanhamento psicológico para os alunos que apresentam alguma alteração comportamental ou emocional dentro das salas de aulas da escola não são atendidos prontamente.

[...] assim, mais... porque normalmente quando o menino tem um problema emocional, não é tão, vamos dizer assim- não é tão prontamente atendido, como se não se tratasse de um problema...(GF3)

Quando uma criança machuca ou passa mal, tanto os próprios alunos quanto a coordenação recorrem à monitora do PSE, para que ela entre em contato com os responsáveis pela criança a fim de informar ou realizar uma ação pontual, por exemplo, de passar antisséptico ou colocar gelo. A escola participa também do programa saúde para todos, e no momento em que os alunos do tempo integral estão realizando as refeições no horário do almoço a monitora orienta com informações sobre alimentação. Há uma preocupação na escola com a questão da obesidade. Nos casos em que são identificados alunos que estão com peso acima da média, eles são encaminhados para acompanhamento com nutricionista.

Os professores realizam atividades separadas das ações do programa, não tendo vínculo nenhum entre ambas. Durante as aulas de ciências os professores procuram abordar assuntos relativos à saúde, orientando os educandos, mas percebe-se que, dependendo do conteúdo, precisariam de profissionais especializados para ajudar as crianças a lidar com as questões que surgem durante as aulas, principalmente questões ligadas a sexualidade. Na escola é desenvolvido um projeto, que começou no mês de março do ano de 2016 com alguns alunos do sexto ano, em que se trabalham dança e yoga com objetivo de promover avanços em termos de aprendizagem através do equilíbrio físico e emocional, sendo responsável por esse projeto uma professora de educação física.

Olha é muito... é muito separado, não tem vínculo, não tem comunicação com esse programa (GF3)

A escola tem um papel de destaque na sociedade, os professores têm importância na vida dos alunos e das famílias, visam objetivos mais amplos do que apenas transmitir e provocar conhecimento, buscam não ficar restritos apenas às salas de aula, procuram resolver todos os problemas que aparecem dentro do espaço escolar, mas acabam adoecendo. Os professores consideram que são “para raios” dos alunos. Muitas vezes são procurados para serem confidentes de situações que ocorrem em suas casas. No entanto, estes professores demonstram sentirem despreparados para realizar funções que consideram serem de profissionais especializados.

A escola, querendo ou não, tem um lugar especial entre os pais. Nós somos o lugar da lei, da regra mesmo [...] (GF3)

[...] a gente fica neste meio e tenta resolver todos os problemas. (GF3)

Eu acho que é por isso que a gente adocece tanto, porque a gente é um para raios (GF3)

A escola abre espaços para outras instituições realizarem suas atividades assistenciais, como no caso da UFMG que, no ano passado, desenvolveu atendimentos psicológicos aos alunos que participam do programa escola integrada. Foram realizados atendimentos gratuitos e encaminhamentos para os serviços da rede.

O ano passado nós tivemos uma experiência muito rica: a vinda de alguns pesquisadores da UFMG_ psicólogos,_ que fizeram atendimentos [...] fizeram alguns encaminhamentos para atendimento gratuito nas instituições. (GF3)

4.2 ETAPAS DE ANÁLISE

Os textos resultantes da transcrição dos três grupos focais foram tomados inicialmente como unidades discursivas e foram analisados separadamente. Por meio desta leitura, foram levantadas algumas hipóteses iniciais de análise dos dados, tais como, a saber, se as Representações Sociais de saúde dos professores:

- a) se baseiam em modelos distintos de saúde;
- b) não têm relação com as ações de saúde do PSE;
- c) favorecem a visão de intersetorialidade e interdisciplinaridade;
- d) estão relacionadas com as práticas cotidianas;
- e) estão associadas ao aspecto cultural;
- f) estão vinculadas às experiências vivenciadas na saúde dentro da escola;
- g) estão ancoradas ao conceito de saúde como ausência de doença;
- h) são apoiadas em ações de assistencialismo, ofertadas pelas políticas públicas de saúde;
- i) se baseiam no atendimento especializado para atender às demandas atuais de saúde dentro do espaço escolar.

Quadro 3 – Indicadores das categorias

Categoria	Indicadores da Categoria
Biomédico	Foco na doença e não no indivíduo;
	Saúde é entendida como ausência de doença;
	Ações de saúde baseadas no diagnóstico, encaminhamento e ações curativas de natureza individual;
	Foco do atendimento recai sobre os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes na fase aguda da doença;
	A fragmentação, especialização e setorialização do atendimento;
	Modelo hospitalocêntrico;
	Valoriza a prática medicalizadora no tratamento;
	O espaço da escola é utilizado por equipamentos e serviços de saúde;
	Relaciona o fracasso escolar às questões de ordem biológica;
	As ações têm como prioridade a intervenção pontual e a cura visando o não comprometimento da aprendizagem do aluno;
	Realiza exames médicos periódicos de forma indiscriminada e fragmentada, com base no assistencialismo;
	Os profissionais da saúde e da educação convivem no mesmo espaço físico, porém não desenvolvem ações conjuntas;
	Prioriza o conhecimento do profissional especialista.
Promoção da Saúde	Conceito de saúde que engloba o bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença/sintoma;
	Centrado na atenção primária em saúde;
	Preconiza ações de humanização no atendimento;
	Preconiza ações de educação e promoção em saúde;
	Favorece ao protagonismo do sujeito proporcionando autonomia no exercício de controle das suas condições de saúde e vida;
	Práticas a serem pensadas não do ponto de vista da doença, mas dos aspectos históricos sociais e das necessidades básicas, dos valores, crenças e dos direitos da cidadania;
	Preconiza a prática intersetorial;
	Conceito de saúde abrange desde os fatores biológicos e ambientais até os aspectos socioculturais, psíquicos, econômicos e políticos na determinação das condições de saúde e qualidade de vida;
	Promove ações integradas de saúde;
	Modelo de saúde que favorece a prática interdisciplinar das ações voltadas para a saúde;
	A noção e as práticas de saúde estão inseridas dentro de um contexto cultural.

O Quadro 3 apresenta os indicadores das categorias de acordo com as características formadas a partir das definições desses modelos de saúde.

Prosseguindo o percurso, tomou-se como unidade de registro a apresentação de um tema/ideia relativo ao objeto do estudo, ou seja, a representação de saúde e sua relação com o contexto escolar, expresso em uma ou várias frases. E isso resultou nos dados apresentados nos quadros 4, 5 e 6, quadro síntese de categorização (APÊNDICES C, D e E), sendo construído um quadro para cada escola (E1, E2 e E3). A definição das unidades de significação ou temas está registrada na tabela 3 de acordo com a ocorrência da unidade de registro. Posteriormente as unidades de significação, ou tema, foram classificadas por escola de acordo com a ordem decrescente de frequência total e apresentadas na tabela 4.

Tabela 3: Síntese dos temas/ unidades de significação e do número de ocorrências de unidade de registro por escola e total

Código do tema	Unidade de Significação/Temas	Número de unidades de registro (FA)			Total de UR (FA)	FR das %UR			Total FR das %UR
		E1	E2	E3		E1	E2	E3	
01	Ações de diagnóstico e encaminhamento.	2	0	2	4	10%	0	7,14%	5,47%
02	Atendimento na fase aguda da doença	1	2	0	3	5%	8%	0	4,10%
03	Visão fragmentada do indivíduo	1	0	0	1	5%	0	0	1,36%
04	Atendimento em espaço especializado de saúde	1	0	0	1	5%	0	0	1,36%
05	Dicotomia saúde/doença	0	2	4	6	0	8%	14,28%	8,21%
06	Conhecimento especializado	0	0	4	4	0	0	14,28%	5,47%
07	Atendimento de saúde ofertado na escola.	1	6	5	12	5%	24%	17,85%	16,43%
08	Intervenções pontuais	0	3	1	4	0	12%	3,44%	5,47%
09	Ação educativa em saúde.	2	0	0	2	10%	0	0	2,73%
10	Humanização	3	0	0	3	15%	0	0	4,10%
11	Protagonismo do sujeito	3	1	2	6	15%	4%	7,14%	8,21%
12	Papel de mediador do professor na identificação e encaminhamento precoce	6	0	0	6	30%	0	0	8,21%
13	Fatores biopsicossociais	0	4	6	10	0	16%	21,42%	13,69%
14	Fator cultural	0	1	4	5	0	4%	14,28%	6,84%
15	Ações de saúde descentralizadas e integradas	0	1	0	1	0	4%	0	1,36%
16	Ações intersetoriais	0	3	0	3	0	12%	0	4,10%
17	Interdisciplinaridade	0	2	0	2	0	8%	0	2,73%
TOTAL		20	25	28	73	100	100	99,83	99,84%

A Tabela 3 apresenta as unidades de significação obtidas na análise dos três grupos focais e as frequências absoluta e relativa de suas ocorrências situam-se nas unidades de registro. Os dados são apresentados por escola separadamente e também no conjunto das três escolas. Considerando as escolas isoladamente, destacam-se os temas *Papel de mediador do professor na identificação e encaminhamento precoce* na Escola 1 (30%), *Atendimento de saúde ofertado na escola* na Escola 2 (24%) e *Fatores biopsicossociais* na Escola 3 (21,42%). Considerando o conjunto de escolas, destaca-se o tema *Atendimento de saúde ofertado na escola* na Escola (16,43%).

Tabela 4: Distribuição dos temas por ordem decrescente de frequência no total de escolas e específico por escola

Total				E1				E2				E3			
Ordem	Cód. Tema	FA	%FR	Ordem	Cód. Tema	FA	%FR	Ordem	Cód. Tema	FA	%FR	Ordem	Cód. Tema	FA	%FR
1 ^a	07	12	16,43%	1 ^a	12	6	30%	1 ^a	07	6	24%	1 ^a	07	6	21,42%
2 ^a	13	10	13,69%	2 ^a	10	3	15%	2 ^a	13	4	16%	2 ^a	13	5	17,85%
3 ^a	05	6	8,21%		11			3 ^a	16	3	12%	3 ^a	05	4	14,28%
	11			3 ^a	01	2	10%	4 ^a	02	2	8%		06		
	12				09				05				14		
4 ^a	14	5	6,84%	4 ^a	02	1	5%					4 ^a	01	2	7,14%
5 ^a	01	4	5,47%		03				17				11		
	06				04			5 ^a	11	1	4%	5 ^a	08	1	3,44%
	08				07				14			–	–	–	–
6 ^a	02	3	4,10%	–	–	–	–		15			–	–	–	–
	10			–	–	–	–					–	–	–	–
	16			–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
7 ^a	09	2	2,73%	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	17			–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
8 ^a	03	1	1,36%	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	04			–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	15			–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

A Tabela 4 apresenta a frequência de ocorrência das unidades de significação/temas por ordem decrescente. Na primeira coluna (Total) destacam-se os temas 07 – *Atendimento de saúde ofertado na escola* (16,43%) e 13- *Fatores biopsicossociais* (13,69%) com maior número de ocorrências no conjunto das três escolas. O tema 12 aparece em primeiro lugar na Escola 1 e não aparece nas Escolas 2 e 3. Os temas 07 e 13 aparecem em primeiro e segundo lugar nas escolas 2 e 3 e na escola 1 somente o tema 07 aparece com uma frequência.

As categorias temáticas foram construídas a partir dos paradigmas de saúde, norteadores das políticas públicas de saúde no Brasil no século XX, de modo a verificar as possíveis ancoragens das representações. As construções das categorias temáticas são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5: Síntese da construção das categorias

Categorias	Temas / Unidades de Significação	UR por tema	UR por tema	UR por categoria	UR por categoria
		FA	%FR	FA	% FR
Biomédico	Atendimento de saúde ofertado na escola.	12	34,28%	35	47,94%
	Dicotomia saúde/doença	6	17,14%		
	Ações de diagnóstico e encaminhamento.	4	11,42%		
	Intervenções pontuais	4	11,42%		
	Conhecimento especializado	4	11,42%		
	Atendimento na fase aguda da doença	3	8,57%		
	Visão fragmentada do indivíduo	1	2,85%		
	Atendimento em espaço especializado de saúde	1	2,85%		
Total		35	99,95%		
Promoção de Saúde	Fatores biopsicossociais	10	26,31%	38	51,35%
	Papel de mediador do professor na identificação e encaminhamento precoce	6	15,78%		
	Protagonismo do sujeito	6	15,78%		
	Fator cultural	5	13,15%		
	Humanização	3	7,89%		
	Ações intersetoriais	3	7,89%		
	Ação educativa em saúde.	2	5,26%		
	Interdisciplinaridade	2	5,26%		
	Ações de saúde descentralizadas e integradas	1	2,63%		
Total		38	99,95%		
Total				73	99,29

A Tabela 5 apresenta a síntese do processo de construção das categorias, indicando a frequência absoluta e relativa de unidades de registro agrupados por temas distribuídos nas duas categorias delimitadas no estudo, no conjunto das três escolas. A categoria com maior

número de ocorrências é *Promoção de Saúde* (51,35%), seguida pela categoria *Biomédico* (47,94%), o que indica um equilíbrio entre elas no grupo estudado.

Observa-se dentro de cada categoria o peso das unidades de sentido/tema. Na categoria *Promoção de saúde* destaca-se a compreensão de saúde a partir de uma perspectiva biopsicossocial (26,31%) seguida do papel mediador do professor na identificação e encaminhamento (15,78%), e na categoria *Biomédico* destaca-se o atendimento de saúde ofertado na escola (34,28%), seguida do modelo dicotômico de saúde-doença (17,14%).

5 DISCUSSÃO

A discussão tomou como base as unidades de significação, suas ancoragens e objetivações para a descrição da representação social sobre saúde. A primeira leitura foi realizada separadamente, escola por escola, referenciada na Tabela 4, seguida de uma segunda leitura que visou a uma síntese geral das três escolas, referenciada na Tabela 5. Consideraram-se as três unidades de sentido mais frequentes na discussão do campo de representação, contrastando com as unidades de sentido com menor ocorrência no grupo.

5.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES À ESCOLA E1

Observa-se na Tabela 4 que as três unidades de sentido com maior frequência *Ação mediadora do professor* (30%), *Humanização* (15%) e *Protagonismo do sujeito* (15%) se articulam em torno da prática docente, compondo uma rede de significados sobre o papel do professor em ações de promoção e educação em saúde. Destaca-se nessa representação o sentido de mediação, cabendo ao professor acessar, por meio de uma atitude de proximidade e sensibilidade em relação ao aluno, as condições de saúde deste e, por meio da informação e ações educativas, realizar os encaminhamentos necessários. Nesta perspectiva, além de realizar um encaminhamento precoce prevenindo o agravamento de doenças, exerce também a sua função educativa, orientando, acolhendo e se responsabilizando pela saúde de seus alunos. Importante nesse processo é entender que a autonomia dos alunos deve ser preservada, devendo-se estimular o seu protagonismo na promoção da sua própria saúde.

Eu acho que ajuda no sentido de que, uma vez que você está mais próximo do aluno, você consegue [...] conversar com ele, de repente discutir com ele situações direcionadas à promoção da saúde mesmo né, eu acho. (GF1)

[...] eu acho que faz com ele (educando) tome contato com uma nova realidade, que ele pode então absorver ou não no dia a dia, ficando a critério dele né, [...] (GF1)

[...] então acho que professor tem este papel de identificar e passar as demandas e cobrá-las né [...] (GF1)

O campo de representação caracterizado por **mediação-humanização-protagonismo** se apoia no modelo que visa à promoção da saúde, incluindo uma maior participação no controle pela busca da melhoria da qualidade de vida e saúde (PINTO *et al.*, 2012). Em relação ao papel do professor, os termos **mais sensibilizado e do identificar** indicam possíveis objetivações, que marcam o lugar do professor, sugerindo atitudes e práticas em relação à saúde do aluno.

Segundo aponta Lomônaco (2004), historicamente, os professores, assim como os profissionais da saúde, ocupam o papel de educadores em saúde. Para a autora a prevenção era a base da educação em saúde em que o padrão médico dominava. Após as conferências de

Promoção da Saúde, este enfoque foi modificado. Atualmente admite dois papéis: um voltado para as transformações dos indivíduos no seio familiar e outro focado nos determinantes de saúde, considerando a qualidade de vida do indivíduo e das comunidades a que pertencem.

Em contraste com o campo de representação marcado pela **mediação-humanização-protagonismo**, temos as unidades de sentido *ações de diagnóstico e encaminhamento* (10%) e *ação educativa em saúde* (10%) que sugerem que estas ações são somente ações pontuais em saúde realizadas por profissionais da saúde e não mediadas pelo professor. Enfatiza-se aqui o atendimento externo às demandas de promoção de saúde da escola, realizado de forma fragmentada, sem o engajamento direto do professor em ações educativas integradas. O professor é aquele que faz o encaminhamento para o setor competente.

5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTE À ESCOLA E2

As três unidades de sentido com maior frequência na escola 2, observadas na Tabela 4, foram: *Atendimento de saúde ofertado na escola* (24%), *Fatores biopsicossociais* (16%) e *Ações Intersetoriais* (12%), sendo que a primeira está relacionada com o modelo de assistência a saúde e a segunda e a terceira, estão relacionadas com o modelo de saúde que visa a Promoção da Saúde. Entretanto, a primeira se insere na categoria Biomédico e a segunda e a terceira na categoria Promoção da saúde.

Os elementos desse campo de representação indicam que, embora os professores apresentem uma concepção ampliada de saúde, considerando os fatores biológicos, ambientais, socioculturais, psíquicos e comportamentais na determinação das condições de saúde e qualidade de vida do sujeito, quando se trata de pensar em ações de saúde na escola, surge em primeiro lugar o modelo tradicional de atendimento especializado, fragmentado e assistencialista realizado no espaço escolar. Exames oftalmológicos, atendimento odontológico e psicológico são oferecidos de forma desarticulada com o cotidiano da escola. Interessante apontar que esse modelo de natureza biomédica se apoia em referências dos professores enquanto alunos, ou seja, construídos na experiência que tiveram de atenção à saúde em seu processo de escolarização.

[...] eu estou remetendo quando eu era aluno, que eu cheguei a estudar em escola da prefeitura [...] e tinha até dentista, né, por mais que eu tivesse o plano e tal de saúde, [...] mas eu não vi ainda sabe, um dentista na escola, um médico na escola, e antes eu vi, como aluno eu vi. (GF2)

[...] esse programa de saúde dentro da escola acontece e tudo que vem para somar é válido, mas isso não basta, é preciso ainda mais assistência social, porque a gente está falando que é um todo, então isso está bem dentro também, uma assistência social, psicólogo, quem mais da saúde que possa vir aqui! Fisioterapeuta, de repente, às vezes o próprio médico vir aqui, o dentista vir aqui, entende? (GF2)

Mais condizentes com o modelo de saúde atual, surgem também indicações sobre o atendimento intersetorial. Observa-se no campo da representação desse grupo uma contradição em relação ao modelo de saúde. Em contraposição à atenção à saúde na escola baseada no modelo biomédico, que isoladamente apresentou a maior frequência no grupo (24%), o modelo Promoção de saúde se faz presente nas unidades de sentido 13 e 16, que, somadas, totalizam 28%, indicando, portanto, ligeira superioridade em relação ao primeiro.

O campo representado pela **atenção à saúde na escola** baseou-se em dois modelos distintos de saúde: o modelo biomédico centrado no indivíduo doente, nas ações de recuperação e reabilitação da doença (CUTOLO, 2006) e o modelo de promoção de saúde, que preconiza ações intersetoriais e que envolve os diversos determinantes sociais (PINTO *et al.*, 2012).

Esse conflito também se revela pelo uso da expressão objetivada “**um todo**”. Ela aparece como uma tentativa de explicar a atenção à saúde na escola, porém assume sentidos contraditórios. O termo foi utilizado para descrever os vários atendimentos fragmentados na escola, e “o todo” se refere à escola, ou em sentido diverso, para expressar a complexidade de fatores que englobam a saúde.

[...] esse programa de saúde dentro da escola acontece e tudo que vem para somar é válido, mas não basta. É necessário ainda mais assistência social, porque a gente está falando que é **um todo**, então isso está bem dentro também: uma assistência social, psicólogo, quem mais da saúde que possa vir aqui. Fisioterapeuta, de repente, às vezes o próprio médico vir aqui, o dentista vir aqui, entende? (GF2)

Eu acho que isso tem a ver com a qualidade de vida do ponto de vista físico e do ponto de vista mental. [...] essa qualidade de vida como **um todo**, assim, nessa... acho que uma forma individual e nessa relação com o meio em que esse indivíduo vive. (GF2)

De acordo com Silva (2010), a partir da década de 50, as propostas de saúde escolar passaram a estar centradas na “biologização” e relacionadas com a aprendizagem escolar. Assim, a ótica biomédica era utilizada para explicar as causas do insucesso escolar e a medicina escolar, formada por um grande aparato médico nas escolas, dava início ao processo de medicalização do fracasso escolar.

Lomônaco (2004) afirma que as medidas assistenciais desenvolvidas por técnicos de saúde marcaram os programas de saúde nas escolas até 1989, quando as transformações começaram a ocorrer com a inclusão do termo educação em saúde pelo Ministério da Saúde. Esta foi uma tentativa de mudança conceitual, uma vez que se constatou que os métodos e meios tradicionais desses programas não eram eficientes.

Ao analisarmos as unidades de sentido com menor frequência, temos *Interdisciplinaridade* (4%), *Protagonismo do sujeito* (4%), *Fator cultural* (4%) e *Ações de*

saúde descentralizadas e integradas (4%), todas contidas dentro da categoria Promoção da saúde, destacando-se a ideia de que as ações de saúde devem ser realizadas por um sistema de saúde integral, descentralizado e focado na prevenção e promoção e não por ações fragmentadas no equipamento escolar. Considerando que os indicadores de menor frequência sugerem aspectos que ainda não ganharam centralidade no campo da representação, é possível pensar que esse novo modelo de atenção à saúde na escola ainda está sendo elaborado. Assim, como foi afirmado anteriormente em relação às três unidades de sentidos mais frequentes, observa-se que o modelo da promoção prevalece, porém ainda não se materializou no contexto da escola, ou seja, não se traduziu em ações de saúde na escola.

5.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES À ESCOLA E3

Os resultados da Tabela 4, referentes ao grupo de professores da Escola 3, mostram que as unidades de sentido com maior frequência foram os *Fatores biopsicossociais* (21,42%), seguidos por *Atendimento de saúde ofertado na escola* (17,85%) e em terceiro lugar (14,28%) *Conhecimento especializado*, *Dicotomia saúde/doença* e *Fator cultural*. Isto indica que, no campo de representação, embora o modelo de promoção de saúde tenha aparecido isoladamente com maior representatividade, no conjunto, os resultados demonstram ser menos significativos quando o que está em foco é a ação da saúde na escola. Sendo assim, quando agrupadas por categorias, as unidades de sentido categorizadas como Biomédico (7, 5 e 6) somadas totalizam 46,41% e as categorizadas como Promoção de saúde (13 e 14) totalizam 35,7%.

Analisando os excertos das unidades de significação 13 e 14, percebe-se que predomina a concepção de promoção de saúde quando se discutem noções gerais de saúde. Evidencia-se a complexidade de fatores que determinam a saúde, incluindo aspectos psicológicos, sociais e culturais.

É um conjunto de coisas que não se restringem só à doença. É, o modo como a pessoa se relaciona com o meio e como ela proporciona a si própria melhores condições. Então, há várias ações que, juntas, desde o cuidado com seu bem-estar físico, do seu bem-estar mental, do saber cuidar da alimentação, né, vão interferir na saúde. (GF3)

Para mim, saúde, eh... está diretamente relacionada com qualidade de vida. Então, muitas pessoas acreditam que saúde seja a ausência da doença, mas para mim, vai muito além disso. Além da ausência da doença, a pessoa tem que ter qualidade de vida. (GF3)

Porque, a saúde, é um produto de uma sociedade que está altamente competitiva, altamente capitalista e altamente consumista. [...] a gente vai consumindo e a gente vai entrando numa roda, e a gente não se preocupa com o que existe por trás e o que é que aquilo acarreta para a saúde, [...]. (GF3).

Entretanto, quando a discussão recai sobre as ações de saúde na escola, o modelo biomédico prevalece, destacando uma visão dicotomizada da saúde objetivada na expressão **ausência da doença**. Evidencia-se também, uma forma de assistência fragmentada e especializada realizada dentro da escola.

Claro que para isso, a pessoa tem que primeiramente se afastar de doença para que ela consiga estar no dessa... nessa... vamos dizer assim nesse estado de bem-estar, até que ela consiga relacionar-se por meio de uma forma mais saudável, não é? (GF3)

Eu acho que se o PSE tivesse um atendimento, vamos dizer assim voltado para essas questões psicológicas, como por exemplo, uma... uma... uma psicóloga atuando dentro da escola ... (GF3)

[...] e se um psicólogo estivesse ali presente, que fizesse o atendimento, que fizesse o diagnóstico, uma pré-avaliação daquela criança e falasse “olha, ele... ele precisa de um acompanhamento profissional, tal, tal, tal”, de repente seria algo mais embasado, de maior peso, fazendo com que a família despertasse para a realidade e de repente corresse atrás de soluções. (GF3)

Outra unidade de sentido com menor frequência, *Ações de diagnóstico e encaminhamento* (7,14%), revela que, ao procurar atender às demandas de saúde que surgem na escola, os professores não se sentem autorizados ou capazes para desenvolver ações de avaliação, orientação ou encaminhamento. Apoiam as suas representações no modelo biomédico que centraliza a questão da saúde no saber do especialista.

[...] que a gente percebe que pode estar dando um toque, orientando os pais quanto à saúde, realizando encaminhamentos, aí eles¹¹ convocam os pais e os encaminham para o endocrinologista, para o nutricionista; então é muita coisa que acontece na escola. (GF3)

Silva (2010) realizou um estudo que investigou os diversos modelos e iniciativas de saúde na escola em diferentes períodos e contextos, cujos resultados indicam que prevalece na escola a lógica da prevenção e controle do adoecimento e assistência clínico-terapêutica. Na escola, as ações priorizam o afastamento de patologias que possam comprometer a aprendizagem dos alunos. Assim, segundo o autor, o espaço escolar permite que diversos fatores determinantes das condições de saúde e doença possam ser problematizados e analisados.

Na mesma direção, o estudo de revisão sobre a saúde escolar na América Latina de Casemiro, Fonseca e Secco (2014) indica que as ações de saúde na escola acontecem a partir de um modelo vertical, medicamentoso e assistencialista, realizado de forma desarticulada. Tradicionalmente, as ações de saúde não consideram o processo de transformação coletiva necessário para a promoção de saúde da população. As mudanças

¹¹ O pronome “Eles” se refere aos profissionais da saúde.

nesse campo começaram a ocorrer entre as décadas de 1980 e 1990 com a adoção da perspectiva da Promoção da Saúde como um novo formato metodológico no estabelecimento de políticas públicas de saúde.

5.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS RELATIVOS ÀS TRÊS ESCOLAS EM CONJUNTO

Considerando-se o conjunto das três escolas estudadas, verifica-se na tabela 4 que as unidades mais frequentes de sentido foram *Atendimento de saúde ofertado na escola* (16,43%) e *Fatores Biopsicossociais* (13,69), sendo que a primeira se refere à atenção à saúde na escola apoiada no modelo biomédico e a segunda, à concepção ampliada de saúde referente ao modelo de promoção de saúde. A divisão entre os dois modelos de saúde se confirma na tabela 5, que apresenta a frequência total de unidades de sentido por categoria. Nela se observa que na categoria modelo biomédico estão 47,94% das unidades de sentido e no modelo de promoção de saúde 51,35%. Esses resultados evidenciam que o campo da representação dos professores sobre saúde está fortemente marcado por ambos os modelos e esta contradição se materializa nas ações de saúde realizadas na escola.

Embora nas três escolas os professores revelem ter uma representação de saúde ampliada, ao se depararem com as questões de saúde no cotidiano escolar, ancoram suas práticas no modelo biomédico. Segundo Moscovici (2003), a ancoragem tem por objetivo aproximar o novo ao já conhecido, o que faz supor que, mesmo tendo acesso a uma nova concepção de saúde, na prática os professores baseiam suas ações em modelos que já conhecem, seja por meio da sua experiência pessoal enquanto aluno, seja pelas experiências vividas na escola enquanto professor. Nesse sentido, cabe investigar quais são os fatores que impendem a materialização de práticas alinhadas com o modelo de promoção de saúde na escola e qual o papel do PSE no favorecimento das condições para que isto ocorra.

O modelo biomédico apresenta-se como uma forma reducionista de abordar o doente, uma vez que não busca compreender o contexto e os aspectos emocionais e sociais que contribuem para que as condições de doença ocorram (CUTOLO, 2006). Barros (2002) argumenta que a propensão em aderir ao raciocínio e às práticas biomédicas decorre das soluções paliativas e imediatistas que oferecem, ao invés de agir nas causas como parte de um sistema complexo.

Observa-se que o modelo biomédico ainda é hegemônico e está impregnado na memória das pessoas. Nas escolas estudadas, o fator idade pode ter influenciado na presença acentuada desse modelo, na composição da representação social sobre saúde dos professores, tendo em vista que a média de idade deles é de 42 anos. Isto indica que esses professores

provavelmente vivenciaram práticas de saúde na escola em vários contextos e períodos, acompanhando os modelos de base no Brasil que sustentavam os programas de saúde nas escolas.

A dificuldade em representar ações de promoção de saúde nas escolas parece também estar associada à forma como o PSE foi implementado nelas. Ao contrário do que prevê o programa, o PSE não foi construído de forma participativa, não incluindo os atores da escola como parceiros ativos na sua concepção e execução. As ações desenvolvidas foram impostas às escolas de “cima para baixo”, o que fez com que os professores se sentissem desautorizados ou impotentes diante do programa. A agenda de atividades é definida pela secretaria da saúde e elas são desenvolvidas nas escolas por meio de ações pontuais, como a avaliação antropométrica, odontológica e a acuidade visual dos alunos. Esse tipo de ação fragmentada, dissociada de uma intencionalidade educativa e socialmente descontextualizada, contribui para preservar o modelo biomédico. Segundo Silva (2013), por meio das publicações oficiais referentes ao PSE, é possível perceber que a descrição das ações relativas aos componentes de atenção e vigilância foi incorporada ao modelo biomédico.

Para Figueiredo, Machado e Abreu (2010) as ações de educação em saúde nas escolas ocorrem de forma equivocada, posto que o técnico da área da saúde realiza intervenções pontuais visando às questões nosológicas. Ainda de acordo com os autores, estas ações não seguem os parâmetros curriculares nacionais (PCN), cujo conteúdo de saúde deve ser integrado ao currículo de formação dos educandos visando a uma abordagem transversal e interdisciplinar.

Embora o programa apresente um discurso inovador baseado nos princípios do SUS e incorpore ações de educação e promoção em saúde, na prática demonstra uma lógica mais epidemiológica do que preventiva. Ao realizar as ações de saúde na escola, como medir, pesar e avaliar (clínica), não são considerados nestas ações os hábitos, os costumes e a cultura dos alunos, fatores que interferem nos determinantes da sua condição de saúde e da qualidade de vida.

Para Farias (2014) o maior desafio na implementação do PSE diz respeito à ruptura com o paradigma biomédico da atenção a saúde, que tem atravessado a história da saúde escolar, principalmente em relação à assistência médica.

Diante desse desafio é importante destacar que o campo da representação sobre saúde identificado no grupo estudado é bastante promissor. Embora a escola permaneça sendo o local de práticas conservadoras, os professores já incorporaram novas concepções de saúde que consideram os fatores biopsicossociais na determinação do estado de saúde dos

indivíduos e das comunidades e que atribuem um novo papel para a escola e o professor na mediação de processos de saúde.

Tomando como referência essa perspectiva de saúde, o professor pode realizar ações educativas tendo em vista a promoção de saúde, assim como fortalecer o seu potencial de identificação e encaminhamento precoce para o setor da saúde visando à prevenção. Nesse contexto, deve buscar compreender os fatores culturais implicados nos processos de saúde e de educação, garantir a autonomia dos alunos e promover o protagonismo do sujeito no controle das suas condições de saúde e de vida (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Em relação ao papel de mediador do professor na identificação precoce e encaminhamento ao serviço de saúde, Casemiro, Fonseca e Secco (2014) identificaram nas Escolas Promotoras de Saúde de diversos países a participação, ou mesmo o protagonismo dos professores nas diversas atividades avaliativas: atividade clínica, oftalmológica, odontológica, auditiva e fonoaudiológica. Contudo, recomenda-se a realização de capacitações dos professores nestas áreas específicas para que possam desempenhar com segurança ações de detecção precoce dos problemas de saúde. Para os autores, não se trata de desviar os professores e os profissionais da saúde de sua função, mas sim de valorizar a promoção da saúde incorporando atitudes e práticas no ambiente escolar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Westphal (*apud* Silva, 2013), a noção de saúde implica na maneira como ocorrerá a promoção da saúde. Neste sentido, se a saúde é definida como ausência de doença, a estratégia adotada será preventiva, por meio da realização de exames e aplicação de vacinas. Caso a saúde seja considerada a partir de uma perspectiva biopsicossocial, as ações promotoras de saúde serão de abordagem educativa, visando à mudança de comportamento e à adoção de estilos saudáveis de vida. E se a concepção de saúde está relacionada à influência das condições socioambientais, as ações assumem caráter político, com a promoção de espaços saudáveis, do potencial do sujeito, do desenvolvimento de habilidades e reorientação dos serviços de saúde.

Santos (2006) discute a complexidade da concepção de saúde e o seu processo de inclusão no contexto da escola. Segundo a autora, trata-se de um processo histórico em que ocorreu um deslocamento da concepção de saúde de uma vertente, que considera a saúde como ausência de doença, para outra nova vertente, que considera a saúde como um direito, dentro de uma perspectiva de cidadania. Nesse sentido, a partir do momento que a saúde passa a ser considerada um direito pela CF/88, geram-se impactos nas ações de saúde na escola e na sala de aula, passando a configurar uma nova dimensão do exercício da docência.

Ao analisarmos o campo de representação sobre a saúde dos professores das escolas estudadas, é possível identificar esse processo de mudança de paradigma marcado de um lado por **ações de saúde na escola** ancoradas no modelo biomédico e do outro, por uma perspectiva ampliada de saúde que considera os **fatores biopsicossociais**. Essas duas marcas de sentido geram atitudes distintas e antagônicas. No primeiro caso, diante de práticas apoiadas no modelo biomédico, a atitude é negativa, pois tais práticas geram sentimentos de impotência, de desautorização, de exclusão, de distanciamento e de falta de responsabilidade em relação ao processo de saúde dos alunos e da comunidade.

Observa-se que neste contexto o professor apresenta dificuldade de se situar no PSE. No segundo caso, quando a perspectiva de promoção de saúde prevalece, a atitude é positiva, despertando sentimentos de implicação, de responsabilização, de sensibilização, de potencialização e valorização do papel mediador do professor na identificação e encaminhamento precoce e nas ações de promoção e educação em saúde. Nesse sentido, é importante destacar que o professor, ao pensar a saúde a partir da concepção ampliada, parece encontrar o seu papel social nas políticas públicas de saúde, mesmo que ainda permaneça no plano ideal.

Considerando que uma das funções da representação social é direcionar a ação, é possível afirmar que, mesmo prevalecendo nas escolas práticas conservadoras de saúde, existe um potencial para a mudança no sentido da perspectiva de prevenção e promoção da saúde, o que não é fomentado nem pelas escolas, nem pelo PSE. Tendo em vista esse potencial revelado nas representações sobre saúde, pode-se imaginar que, se os professores fossem integrados efetivamente na construção e gestão das ações de saúde nessas escolas, certamente o PSE atingiria com mais sucesso os seus objetivos.

Farias (2014) aponta que a intersetorialidade entre as áreas da saúde e educação, base do PSE, é ainda pouco estimulada em virtude dos entraves do cotidiano dos profissionais dessas áreas, cujas práticas, na maioria das vezes, se resumem a ações pontuais. Segundo dados apresentados pela autora, o conceito e a prática da intersetorialidade precisam ser inseridos na rotina de gestores e profissionais de saúde e educação para que as ações de promoção da saúde não sejam apenas uma repetição de modelos conhecidos e pouco impactantes na melhoria de condições da saúde da população.

Outros estudos também abordam a questão da intersetorialidade dentro da proposta do PSE (TUSSET, 2012; SILVA, 2010; VIEIRA, 2013) e demonstram que os profissionais da saúde e educação têm noção do conceito e identificam a necessidade de firmar parcerias, pois reconhecem que as ações isoladas não conseguem promover a saúde. Diante dessa perspectiva, Tusset (2012) afirma que os atores envolvidos no processo saúde-educação estão cientes da importância da ação colaborativa e articulada entre os setores de saúde e educação. Desta forma, o professor e os demais atores devem articular seus papéis na escola, valorizando as potencialidades e reconhecendo as limitações, a fim de transformar o meio em que estão inseridos.

Silva (2010) avaliou a intersetorialidade em um município no estado do Rio Janeiro e identificou que as parcerias são importantes para que o PSE tenha melhores resultados, sendo necessária uma melhor articulação entre os setores envolvidos no programa. Os resultados do estudo de Vieira (2013) apontam que, à medida que o trabalho corresponsável entre saúde e educação é realizado, o PSE ganha nova roupagem. Assim, a partir do momento que se reconhece o papel educativo do trabalho intersetorial, uma grande rede de aprendizagem se forma em todo o território.

Nas escolas estudadas observa-se que o PSE facilita o acesso às políticas públicas de saúde, mas não promove a interação entre os setores envolvidos, tendo em vista que as ações realizadas por meio do programa não favorecem o vínculo com as ações de educação em saúde dos professores, como também a metodologia do programa não favorece a lógica da

prevenção e promoção da saúde. Apesar de reconhecer a necessidade do aluno de participar das políticas públicas intersetoriais, os professores em geral não estão de acordo em ceder seu horário de aula para a realização das ações de saúde, talvez pelo fato de não serem nelas incluídos. Ferreira *et al.* (2011) afirmam que a parceria entre saúde e educação não envolve uma participação equânime e revela lacunas nos documentos normativos.

As representações sociais sobre saúde apresentadas referem ao grupo específico de professores de três escolas públicas do município de Belo Horizonte, outros estudos em contextos semelhantes poderiam contribuir com este estudo.

Retomando os resultados da análise dos grupos focais, observa-se na Tabela 5 um equilíbrio entre as duas categorias identificadas, apresentando uma diferença mínima entre elas, sendo Promoção da Saúde (51,35%) a categoria com maior número de ocorrências, seguida pela categoria Biomédico (47,97%). É interessante notar que na categoria Biomédico as unidades de sentido com maior frequência estão relacionadas a ações e na categoria Promoção de Saúde, a concepções, o que contribui para a conclusão de que esta última diz respeito às possibilidades e potencialidades de promover ações de saúde na escola direcionadas à prática de prevenção e promoção da saúde, mas percebidas como perspectiva de futuro.

No que diz respeito à concepção de saúde, esses resultados contradiz o estudo de Silva (2013), que analisou os saberes e as práticas de Promoção da Saúde no contexto escolar e concluiu que a definição de saúde predominante entre os professores se aproxima da definição preconizada pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, uma visão integral do sujeito, biopsicossocial.

Assim, em relação à hipótese inicial levantada de que as Representações Sociais sobre saúde dos professores contemplariam a intersetorialidade e interdisciplinaridade, a análise dos resultados demonstra que esta concepção circula entre os professores, mas ela não se materializa em práticas, uma vez que eles não se sentem inseridos nas ações intersetoriais realizadas na escola.

A análise também confirma as hipóteses iniciais de que as representações estariam baseadas em modelos distintos de saúde e que as experiências de saúde vivenciadas dentro da escola estariam corroborando para a re-estruturação da representação social da saúde dos professores.

Retomando a questão inicial da pesquisa_ como as representações sociais de saúde dos professores interferem ou não na implementação do PSE_ é possível afirmar que as representações dos professores sobre saúde estão nitidamente marcadas por dois modelos de

saúde, sendo suas práticas decorrentes deles. Porém, o que prevalece no contexto escolar parece estar mais relacionado com as práticas institucionalizadas, tanto do setor da saúde como da escola, que não favorecem a construção de práticas voltadas para a promoção de saúde.

Nesse sentido, o PSE parece não cumprir com o seu papel de mobilizar e potencializar as representações atuais sobre saúde por meio de práticas educativas, integradas e intersetoriais. A escola, enquanto instituição de regulação social revela-se conservadora, dissociada das transformações que ocorrem na sociedade. A dissonância entre as representações de saúde baseadas no modelo de promoção de saúde e a realidade objetiva da escola é um fator que inviabiliza a consolidação do paradigma de saúde na escola proposto no PSE, mas ao mesmo tempo aponta para um futuro promissor uma vez que o potencial para a transformação já se encontra configurado no plano das representações.

REFERÊNCIAS

AERTS, Denise; *et al.* Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p. 1020-1028, jul-ago., 2004. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Promocao de Saude convergencia das propostas de Vigilancia da Saude e da escola cidada.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Promocao_de_Saude_convergencia_das_propostas_de_Vigilancia_da_Saude_e_da_escola_cidada.pdf)>. Acesso em: 09/03/2016.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil. **Rev. Med.**, São Paulo. v. 92, n. 2, abr./jun., p. 148-54, 2013. Disponível em:<www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/79977/83903>. Acesso em: 09/03/2016.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Representações sociais: desenvolvimentos atuais e aplicações à educação. In: CANDAU, V. M. (Org). Linguagem: espaços e tempo no ensinar e aprender. In: ENCONTRO NACIONAL DE DIDÁTICA E PRÁTICA DE ENSINO (ENDIPE), 10., Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: LP&A, 2000 *apud* CRUSOÉ, Nilma Margarida de Castro. A teoria das representações sociais em Mocovici e sua importância para a pesquisa em educação aprender. **Cad. de Filosofia e Pisc. da Educação**. Vitória da Conquista, ano II, n. 2, p. 105-114, 2004. Disponível em:<periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/view/3792/pdf_121>. Acesso em: 04/06/2016.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Representações Sociais: aspectos teóricos aplicados à educação. **Revista Múltiplas Leituras**. v.1, n.1, p. 18-43, jan./ jun., 2008. Disponível em:<<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/viewFile/.../1181>>. Acesso em: 09/03/2016.

ARAÚJO, Marivânia Conceição de. A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica. **Revista Hospitalidade**. São Paulo, v. 5, n.2, p.98-119, jul. /dez., 2008. Disponível em: < <https://www.rev Hosp.org/hospitalidade/article/viewFile/155/180>> . Acesso em: 25/03/2016.

ARRUDA, Ângela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, novembro, 2002. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>. Acesso em: 25/03/2016.

BARBOSA, Jaqueline Almeida Guimarães. A utilização do grupo focal como método de coleta em pesquisa qualitativa na saúde e na enfermagem. **Núcleo de Biociências**. Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix. Belo Horizonte, v. 02, n. 03, agosto/setembro, p. 38-46, 2012.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto alegre: Artmed, 2009. 216 p. (Coleção Pesquisa qualitativa/Coordenada por Uwe Flick). BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARRETTO, Raquel Figueiredo. **Saúde na escola**: análise dos conhecimentos e práticas sobre saúde escolar dos professores da rede municipal de Fortaleza. 2008. 163f. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) - Universidade de Fortaleza, 2008. Disponível em:<<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp090638.pdf>>. Acesso em: 04/06/2016.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo Biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008>. Acesso em: 25/03/2016.

BRASIL. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, VIII, 1986, Brasília. **Relatório Final da VIII conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:< http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 25/03/2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/1992 a 68/2011, pelo decreto legislativo nº 186/2008 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012. 454 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Documento para discussão. Brasília-DF, 2002. 41 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE. Brasília: Presidência da República 2007. Disponível em:<www2.camara.leg.br/.../2007/decreto-6286-5-dezembro-2007-565691-norma-pe.htm...>. Acesso em: 06/10/2015.

BRASIL. **Saúde na escola**. Caderno de Atenção Básica, n. 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/ab_cad24.pdf>. Acesso em: 18/10/ 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro *et al.* Programa saúde nas escolas: o olhar dos profissionais da saúde. In: CONGRESSO ONLINE DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE - CONVIBRA SAÚDE, 2., 2013. **Anais online...** Disponível em: < www.convibra.org/dwp.asp?id=7462&ev=31>. Acesso em: 20/03/ 2016.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. D. (Ed.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.15-38, 2003. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/.../Uma_introducao_ao_conceito_de_promoca...>. Acesso em: 20/03/ 2016.

CARVALHO, Antônio Ivo; WESTPHAL, Márcia Faria; LIMA, Vera Lúcia Pereira. **Histórico da promoção da saúde no Brasil**. 2007. Disponível em: <<https://ufrr.br/.../index.php?...historico-promocao-saude-brasil...>>. Acesso em: 10/08/ 2015.

CAMARGO, Tatiéle dos Santos *et al.* Programa Saúde na Escola: um relato de experiência multiprofissional em unidade de Estratégia de Saúde da Família de Santa Rosa/RS. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 22., 2014, Santa Rosa. **Anais...** Disponível em:< <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaaoconhecimento/article/.../2887>>. Acesso em: 09/01/ 2015.

CANADÁ. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa, 1986. In: Ministério da Saúde. Fiocruz. **Promoção da Saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde. IEC, ano 2002, p. 56. (Série B: Textos básicos em saúde)

CASEMIRO, Juliana Pereira; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da; SECCO, Fábio Vellozo Martins. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-840, 2014. Disponível em:< www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030163016>. Acesso em: 22/01/2016.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. São Paulo, Cortez Editora, 1996.

COSTA, Felipe dos Santos; SILVA, Luiz Lima da, DINIZ, Márcia Isabel Gentil. A importância da interface educação\saúde no ambiente escolar como prática de promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 4, n.2, p.30-33, 2008. Disponível em: <

www.uff.br/promocaodasaude/PS%20no%20ambiente%20escolar.pdf>. Acesso em: 07/08/2016.

COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti *et al.* Promoção da saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 506-15, 2013. Disponível em:< http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a25.pdf >. Acesso em: 10/01/ 2015.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em:< bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript...xis... >. Acesso em: 10/08/2015.

CRUSOÉ, Nilma Margarida de Castro. A teoria das representações sociais em Mocovici e sua importância para a pesquisa em educação aprender. **Cad. de Filosofia e Pisc. da Educação**. Vitória da Conquista, ano II, n. 2, p. 105-114, 2004. Disponível em:< periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/view/3792/pdf_121>. Acesso em: 04/06/2016.

DE ANTONI, Clarissa; *et al.* Grupo focal: método qualitativo de pesquisa com adolescente em situação de risco. **Arquivo Brasileiros de psicologia**, v.53, n. 2, p. 38-53, 2001. Disponível em:< bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript...xis..>. Acesso em: 04/06/2016.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Programa Saúde na Escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. **SANARE**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 29-34, jan./jun. 2014. Disponível em: < sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/428/283>. Acesso em: 10/11/ 2015.

EBERHARDT, Thaís Dresch; REIS, Luiz Fernando. Programa Saúde na Escola (PSE): estruturado de acordo com princípios do SUS?. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLITICAS SOCIAIS, 5., 2011, Cascavel. **As Políticas...** tendências e desafios. Cascavel: Unioeste, 2011. Disponível em:< cac-ph.php.unioeste.br/.../Resumo_programa_saude_na_escola_estruturado_sus.pdf>. Acesso em: 10/11/2015.

FARIAS, Isabelle Caroline Veríssimo de. **Análise da Intersetorialidade no programa saúde na escola no município de Olinda – PE**: perspectivas da saúde e da educação. 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado Programa Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2014. Disponível em:< repositorio.ufpe.br:8080/xmlui/handle/123456789/12957>. Acesso em: 04/06/2016.

FARIAS, Laura Cavalcanti. **Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários**. 2007. 84 fls. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina/ UFSC.

Florianópolis, 2007. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/90607>>. Acesso em: 05/06/2016.

FERRARO, Maísa Rezende de Melo. **A concepção de professores sobre saúde na escola**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: < www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-29112011.../PDF.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2015.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa *et al.* Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 17, n. 12, p. 3385-3398, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012001200023&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 10/01/ 2016.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; BRUM, Jane Lilian Ribeiro. As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, n. esp., p.5-14, 2000. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4323>>. Acesso em: 22/07/2016.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p. 397-402, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200015>. Acesso em: 22/07/2016.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa; VARLOTTA, Yeda Maria da costa Lima. As representações sociais de professores do ensino médio. **Estudos em Avaliação Educacional**. v. 15, n. 30, p. 17-28, jul.- dez., 2004. Disponível em: < www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1013/1013.pdf>. Acesso em: 18/04/2016.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. **Cad. Textos do Departamento de Ciências Médicas da Universidade Federal de Ouro Preto**, Ouro Preto, v. 1, n. 1, dez. 2007. 33p. Disponível em: < <http://bvsmis.saude.gov.br>>. Acesso em: 23/01/ 2016.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília, Líder Livro editora, 2005.

GAZZINELLI, Maria Flávia; *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206,

jan. – fev., 2005. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100022>. Acesso em: 04/07/2016.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, Livia Cardoso. **O desafio da intersectorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript...xis...>. Acesso em: 10/10/2015.

GRUPPI, Luciano. O conceito de Hegemonia em Gramsci. Rio de Janeiro: Graal, 1978 *apud* PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção á saúde no Brasil. In: Lígia GIOVANELLA, Lígia; *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 2, p. 547-573, 2012. Disponível em: < www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102...>. Acesso em: 13/02/2016.

HARADA, Jorge. Introdução. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Escola promotora de saúde**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003 *apud* FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.2, p. 397-402, 2010. Disponível em:< www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200015>. Acesso em: 22/07/2016.

JODELET, Denise. Représentation sociale: phénomènes, concept et theorie. In: **Psychologie sociale**. Paris: PUF, 1990 *apud* SÊGA, Rafael Augustus. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90*. Porto Alegre, v. 8, n.13, p. 128-133, julho 2000. Disponível em:< www.ufrgs.br/ppghist/anos90/13/13art8.pdf>. Acesso em: 10/10/2015.

JODELET, Denise. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, p.17-44, 2001. Disponível em: < docplayer.com.br/36945-Representacoes-sociais-um-dominio-em-expansao-denise-jo...>. Acesso em: 10/10/2015.

JOVCHELOVITH Sandra. Vivendo a vida dos outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARECHI, Pedrinho A. e JOVCHELOVTICH, Sandra. **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais de saúde. **FGV-RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000. Disponível em: <<http://www.ebape.fgv.br/comum/asp/index.asp>>. Acesso em: 03/03/2016.

JUSTO, Ana Maria. **Representação Social**. Rio do Sul: UNIDAVI - PROPEX, 2012.

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em revista**. Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2004.

LERVOLINO, Solange Abrocesi. **Escola Promotora da Saúde**: um projeto de qualidade de vida. 2000. 167 f. : il. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01072006-211720/>. Acesso em: 15/04/2016.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONE, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342001000200004&script=sci...tlnng..>. Acesso em: 03/03/2016.

LOMÔNACO, Aparecida de Fátima Soane. **Concepções, ensino e práticas de saúde no cotidiano da escola**: a educação para a saúde em escolas públicas de Uberlândia (MG). 2004. 121 f. Dissertação (Mestrado Faculdade de Educação) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2004. Disponível em: <penelope.dr.ufu.br/handle/123456789/1009>. Acesso em: 07/07/2016.

MARCONDES, Ruth Sandoval. Educação em saúde na escola. Rev. Saúde pública, São Paulo, v. 6, p. 89-96, 1972 *apud* VASCONCELOS, Adriana Sérvula Fernandes Cunha de; CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. O Programa Saúde na Escola (PSE) no Distrito Sanitário II da cidade do Recife: concepção dos atores e os componentes estruturantes da Escola Promotora de Saúde (EPS). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE UNIVERSALIDADE, IGUALDADE E INTEGRALIDADE DA SAÚDE: UM PROJETO POSSÍVEL, 2., 2013, Belo Horizonte. **Resumos...** Belo Horizonte: UFMG, 2013. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/196.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica. 5. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2007.

MARINHO, Julio Cesar Bresolin; SILVA, João Alberto da. Conceituação da educação em saúde e suas implicações nas práticas escolares. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 6, n. 3, p. 21-38, dez, 2008. Disponível em: <ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/viewFile/.../141>. Acesso em: 04/07/2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, p.19-87, 1995. Disponível em:<bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript...xis...>. Acesso em: 15/04/2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: VENCINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MENÉNDEZ, Eduardo Luis. Public Health: state sector, applied Science, or ideology of the possible. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **The Crissis of Public Health: reflection for the debate**, Washigton, D. C.: PAHO, 1992 *apud* PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção á saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; *et al.* (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 2, p. 547-573, 2012. Disponível em:< portal.saude.pe.gov.br/...saude.../modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0....>. Acesso em: 07/07/2016.

MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 45-76. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000138&pid=S1413...lng...>. Acesso em: 15/04/2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7º ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MORÃES, Patrícia Regina de; *et al.* A Teoria das Representações Sociais. **Gestão em foco**. UNISEPE, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 17-30, 2014. Disponível em:<http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/direito_foco/artigos/ano2013/teoria_representacoes.pdf>. Acesso em: 25/04/16.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. London, Sage, 1988 *apud* BARBOUR, Rosaline. Grupos focais. Porto alegre: Artmed, 2009. 216 p. (Coleção Pesquisa qualitativa/Coordenada por Uwe Flick).

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NETO, Francisco Campos Braga; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Izabela Soares; OLIVEIRA, Celina Maria Ferro de. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lígia; *et al* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, [online], v. 2, p. 665-704, 2012. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 02/06/2016.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>. Acesso em: 07/07/2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção temas em saúde)

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção á saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 2, p. 547-573, 2012. Disponível em: <portal.saude.pe.gov.br/...saude.../modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0...>. Acesso em: 07/07/2016.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun. 1998 *apud* OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>. Acesso em: 07/07/2016.

PALMONARI, Augusto; CERRATO, Javier. Representações sociais e psicologia social. In: ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (org.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, v. 50, p. 305-332, 2014. Disponível em: <<http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/TRS50anos2aEd2014.pdf>>. Acesso em: 28/11/2015.

PINTO, Bruna Knob; *et al.* Promoção da saúde e intersectorialidade: um processo em construção. **REME** – Rev. Min. Enferm.; v.16, n. 4, p. 487-493, out./dez., 2012.

PORTAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Sala de notícias**. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=193652&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 03/02/2016.

PORTO, Roberta de Mendonça. **As representações sociais dos gestores do sistema único de saúde**. 2011. 75 f. Dissertação (Mestrado Administração de Empresas) - Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em contabilidade economia e finanças). Vitória, 2011. Disponível em: <www.fucape.br/public/.../Dissertação%20Roberta%20de%20Mendonça%20Porto.pdf>. Acesso em: 09/07/2016.

ROBERTO, Vitória Augusta de Carvalho Maximiano. **Programa Saúde nas Escolas do Município de Flores – PE**. 2012. 32 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ROCHA, Daís Gonçalves. **O movimento da promoção da saúde na década de 1990: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira**. 2001. 250 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Departamento de Práticas de Serviço de Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript...xis...>. Acesso em: 09/07/2016.

ROCHA, Luís Fernando. Teoria das Representações Sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das Teorias Psicológicas. **Psicologia; Ciência e Profissão**, v. 34, n. 1, 46-65, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000100005&script=sci...tlnng...>. Acesso em: 03/12/2015.

SÁ, Celso Pereira. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane P. (org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995 *apud* MORÃES, Patrícia Regina de; *et al.* A Teoria das Representações Sociais. Gestão em foco. UNISEPE, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 17-30, 2014. Disponível em: <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/direito_foco/artigos/ano2013/teoria_representacoes.pdf>. Acesso em: 25/04/16.

SANTOS, Ana Carolina Costa; REZENDE, Tércia Maria Ribeiro Lima; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Situação de saúde das crianças e adolescentes atendidas pelo Programa de Saúde na Escola (PSE) em uma escola da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais.

In: CONGRESSO ONLINE DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE - CONVIBRA SAÚDE, 2., 2013. **Anais online...** Disponível em: <www.convibra.org/dwp.asp?id=6031&ev=31>. Acesso em: 03 nov. 2015.

SANTOS, Iolanda Universina Montano. A saúde entra na escola. **Ponto de vista**. Florianópolis, n. 8, p. 97-120, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/pontodevista/article/view/1110>>. Acesso em: 07/07/2016.

SÊGA, Rafael Augustus. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90**. Porto Alegre, v. 8, n.13, p. 128-133, julho 2000. Disponível em:<www.ufrgs.br/ppghist/anos90/13/13art8.pdf>. Acesso em: 10/10/2015.

SILVA, Ana Lúcia Alves Carneiro da. **Promoção da saúde na escola**: conhecimentos e práticas de profissionais da saúde e da educação. 2013. 107 f. Dissertação (Mestrado profissional Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2013. Disponível em: <https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana_L%C3%BAcia.pdf>. Acesso em: 09/01/ 2015.

SILVA, Carlos dos Santos. **Promoção da saúde na escola**: Modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no município do Rio de Janeiro. 2010. 198 fls. Tese (Doutorado Departamento de ciências Sociais) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2010. Disponível em:<beta.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13983/1/734.pdf>. Acesso em: 03/12/2015.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz Christo; SIMÃO, Ana Adalgisa. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. Rurais agroind.**, Lavras, v.7, n.1, p.70-81, 2005. Disponível em:<[revista.dae.ufla.br > Capa > v. 7, n. 1 \(2005\) > Silva](http://revista.dae.ufla.br/Capa/v.7,n.1(2005)/Silva)>. Acesso em: 15/03/2016.

SILVA, João Roberto de Souza; ASSIS, Silvana Maria Blascovi de. Grupo Focal e Análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Marckenzie. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.10, n.1, p.146-152, 2010. Disponível em:<www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/.../62118_16.pdf>. Acesso em: 16/01/2016.

SILVA, Kênia Lara *et al.* Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da enfermagem. **REME: Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 18, n. 3, 614-622, 2014.

SILVA, Sílvio Éder Dias da; *et al.* Constituição cidadã e representações sociais: uma reflexão sobre modelos de assistência à saúde. **Rev. Esc. Enferm.** USP. São Paulo, v. 44, n.4, p. 1112-

1117, 2010. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400003>. Acesso em: 03/12/2015.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde: O debate no campo da saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

TUSSET, Dalila. **Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito federal**. 2012. 161 f.: il. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade de Brasília, Brasília. 2012. Disponível em: < http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11930/1/2012_DalilaTusset.pdf >. Acesso em: 09 jan. 2015.

VARGAS, Jeferson Dutra de. **História das Políticas Públicas de saúde no Brasil: revisão de literatura**. 2008. 32f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde) – Escola de Saúde do Exército. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < www.ebah.com.br/content/ABAAAfOZcAK/cd52-1-ten-al-jeferson-dutra-vargas>. Acesso em: 05/03/2016.

VASCONCELOS, Adriana Sérvula Fernandes Cunha de; CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. O Programa Saúde na Escola (PSE) no Distrito Sanitário II da cidade do Recife: concepção dos atores e os componentes estruturantes da Escola Promotora de Saúde (EPS). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE UNIVERSALIDADE, IGUALDADE E INTEGRALIDADE DA SAÚDE: UM PROJETO POSSÍVEL, 2., 2013, Belo Horizonte. **Resumos...** Belo Horizonte: UFMG, 2013. Disponível em: < <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/196.pdf> >. Acesso em: 09 jan. 2015.

VIEIRA, Maria Edna Moura. **Programa Saúde na Escola: a intersetorialidade em movimento**. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 2013. Disponível em: < http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14859/1/2013_MariaEdnaMouraVieira.pdf >. Acesso em: 09 jan. 2015.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da Saúde e a qualidade de vida. 2007. In: FERNANDEZ, J. C. A; MENDES, R. **Promoção da Saúde e Gestão Local**. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/promocao-da-saude-e-gestao-local.pdf>>. Acesso em: 30/05/2016

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M., et al (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v.170, p.635-667, 2006 *apud* SILVA, Ana Lúcia Alves Carneiro da. Promoção da saúde na escola: conhecimentos e práticas de profissionais da saúde e da

educação. 2013. 107 f. Dissertação (Mestrado profissional Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2013. Disponível em: <https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana_L%C3%BAcia.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2015.

Yin, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003 *apud* GOMES, Livia Cardoso. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript...xis...>. Acesso em: 10/10/2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE

CARTA CONVITE

Prezado (a) Sr. (a),

Eu Kátia Souza Rezende, mestranda do Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM estou desenvolvendo, sob a orientação do Professor Dr. Paulo Afrânio Sant’Anna, uma investigação para identificar as representações sociais dos professores sobre a Saúde, assim compreender como essas representações sociais ajudam nos conhecimentos e práticas de saúde e de promoção da saúde no ambiente escolar. Por este motivo, gostaríamos de contar com a sua participação em um encontro de professores (grupo focal) para uma discussão sobre o tema. O tempo de duração do encontro será aproximadamente 1 hora. O seu nome não será revelado e as informações e opiniões fornecidas serão mantidas em sigilo pelo pesquisador. Gostaríamos de ressaltar que esta pesquisa envolve risco mínimo à sua integridade física ou moral e este será minimizado com a garantia do seu direito de poder sair do grupo sem nenhum prejuízo pessoal. Você não terá custos para participar deste estudo, e esclarecemos ainda que você tem a liberdade de recusar a participar desta pesquisa ou mesmo de desistir a qualquer momento sem penalização trabalhista. A sua participação deverá ocorrer de forma voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na oportunidade, desde já agradecemos a sua colaboração em trazer informações sobre o Programa Saúde na Escola.

Atenciosamente,

Kátia Souza Rezende

Mestranda do Programa de Pós Graduação Ensa - UFVJM

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO BENJAMIN GUIMARÃES –
Hospital da Baleia
Comitê de Ética e Pesquisa – CEP**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: **AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFESSORES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DE BELO HORIZONTE SOBRE SAÚDE**, por este motivo, gostaríamos de contar com a sua participação em um encontro de professores para uma discussão sobre o tema. O encontro será conduzido pela pesquisadora **Kátia Souza Rezende** sob a orientação do Professor **Dr. Paulo Afrânio Sant’Anna**.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou com a Escola Municipal Professor Amílcar Martins. Suas dúvidas serão sanadas sempre que for necessário.

Os objetivos desta pesquisa são: identificar as representações sociais dos professores sobre a saúde, assim compreender como essas representações sociais ajudam nos conhecimentos e práticas de saúde e de promoção da saúde no ambiente escolar. Caso você aceite o convite, sua participação ocorrerá em dois momentos: o primeiro no grupo focal com a presença de no mínimo 04 professores, mais o pesquisador (moderador). O tempo de duração desse encontro será aproximadamente 1 hora. O encontro ocorrerá na própria escola, de forma a facilitar a sua participação. A discussão do grupo será registrada em gravador digital, podendo também ser filmada, para posterior transcrição e análise das informações coletadas. O segundo momento, ocorrerá no final da pesquisa quando será agendado um encontro com os professores com objetivo de disponibilizar os dados apurados na pesquisa.

Os riscos à integridade física e/ou moral relacionados com sua participação são mínimos. Tais riscos poderão envolver um desconforto ao expor diante do grupo. Este será minimizado com a garantia do seu direito de poder sair do grupo, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Se você não estiver à vontade para discutir sobre um determinado assunto, você é livre para não responder questões ou participar da discussão. Outro fator significativo em relação aos riscos é que o tema do estudo não envolve aspectos de fórum íntimo, opiniões e crenças sobre questões que envolvem posições políticas, tabus ou preconceitos de natureza social, diminuindo a possibilidade de constrangimento ao expor perante o grupo.

Você não receberá nenhuma vantagem direta por participar deste estudo. Entretanto, esta pesquisa poderá contribuir entre outros, para a atualização sobre a promoção da saúde na escola e ampliação de vínculos entre serviços de saúde e escola no município.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos, por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. O seu nome não será revelado e as informações e opiniões fornecidas serão mantidas em sigilo pelo pesquisador. Neste sentido, você e os demais participantes do grupo focal comprometem a não revelar para as outras pessoas, a identidade dos (as) participantes do grupo e em conversas com alguém fora do grupo, não revelar quem falou sobre determinado assunto.

A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não está previsto nenhum gasto financeiro da sua parte, pois o grupo focal será realizado no próprio local de trabalho, sendo assim, não haverá ressarcimento de qualquer gasto financeiro por parte do pesquisador. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, poderá pleitear indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço eletrônico do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento. Esclarecemos que você tem a liberdade de recusar a participar desta pesquisa ou mesmo de desistir a qualquer momento sem penalização ou prejuízo pessoal.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Kátia Souza Rezende, nos telefones (31) 34527112, (31) 92733708 ou por e-mail katia_souzarezende@yahoo.com.br.

Em casos de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa Fundação Benjamin Guimarães - Hospital da Baleia pelo telefone (31) 3489-1548 ou 3489-1677.

Kátia Souza Rezende
Pesquisadora Principal

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

APÊNDICE C – QUADRO SÍNTESE DE CATEGORIZAÇÃO

Quadro 4 - Síntese da categorização da Escola E1, Belo Horizonte, 2016.

Escola 1					
Categoria	Unidade de Registro	Unidade de significação	Indicador	FA	FR
Biomédico	Eu acho também que este programa, parece não sei se é esse o objetivo, no que passa pra mim é que ele só serve para encaminhar, uma triagem né, vai no posto e aí... depois... acabou. (S3-E1) Encaminhar a criança, a criança tá com problema sério de fala vai ter problema lá na alfabetização ou durante.... né a vida escolar dela. [...] vai “pro” posto fazer avaliação [...]. (S3-E1)	Ações de diagnóstico e encaminhamento.	Modelo de saúde que foca no diagnóstico da doença/sintoma e na atenção curativa.	02	10%
	[...] atendimento do posto às vezes temos um aluno, um aluno que tem uma necessidade que está na eminência de perder todos os dentes, porque tem uma deficiência... e aí não consegue um atendimento imediato,[...] (S5-E1)	Atendimento na fase aguda da doença	Modelo de saúde que foca a atenção ao sintoma na fase aguda da doença.	01	05%
	[...] porque esta parte mental aí, esta parte aí psicológica da criança, eu acho que se ela não tá bem, o resto todo não vai,... porque os óculos você põe os óculos e resolve o problema da criança. (S1-E1)	Visão fragmentada do indivíduo	Modelo de saúde baseado na fragmentação e especialização do atendimento.	01	05%
	[...] eu também não acho que é uma boa, escola é escola, hospital é hospital, centro de saúde centro de saúde, cada um na sua né, [...]. (S5-E1)	Atendimento em espaço especializado de saúde	Modelo de saúde baseado na setorialização do atendimento.	01	05%
	[...] porque eu fui do tempo que o pessoal da área da saúde ia dentro da escola fazer aquele atendimento... dentário, aquele atendimento... até médico dentro das escolas tinha um dia da semana que ele ia lá [...]. (S5-E1)	Atendimento de saúde ofertado na escola.	Modelo de saúde preconiza o uso do espaço da escola para realizar atendimentos de saúde	01	05%
Promoção da Saúde	[...] esclarecer a importância, por exemplo, dos óculos de uma alimentação saudável, de tudo isso que faz parte da saúde. (S4-E1) [...] explicar para os alunos... dentro do próprio conteúdo trabalhado a questões relacionados da boa alimentação realização da atividade física é:... ir frequentemente ao médico [...] (S4-E1)	Ação educativa em saúde.	Modelo de saúde que preconiza ações de educação em saúde.	2	10%

<p>Eu acho que ajuda no sentido que a uma vez que você está mais próximo do aluno você consegue [...] conversar com ele de repente discutir com ele situações direcionadas a promoção da saúde mesmo né, eu acho. (S4-E1)</p> <p>[...] eu consigo conquistar um pouco a confiança dos alunos pra que a gente trabalhe certos assuntos que eles têm dificuldade mesmo, [...]. (S2-E1)</p> <p>[...] a gente como professor que tem que se sensibilizar a questão do aluno e aí você perceber e aí você tá mais sensível, mais sensibilizado com este aluno que muitas vezes ele é de uma situação... mais de vulnerável mesmo...[...]. (S4-E1)</p>	Humanização	Modelo de saúde que preconiza a humanização nas ações de saúde	3	15%
<p>[...] eu acho que faz com ele (educando) tome contato com uma nova realidade, que ele pode aí absorver no dia a dia ou não, fica a critério dele né, [...] (S6-E1)</p> <p>[...] se você vai tornar isso um hábito ou não seja na alimentação, seja na questão da sexualidade no que for, é escolha de cada um né [...]. (S6-E1)</p> <p>[...] entender o quê que é meu corpo, como ele funciona... [...] a partir daí eu vou ter ações que promovam a minha própria saúde, a partir do momento que eu tenho este conhecimento né, através de uma boa alimentação, de bons hábitos... (S6-E1)</p>	Protagonismo do sujeito.	Modelo de atenção à saúde que favorece o protagonismo do sujeito.	3	15%
<p>[...] acho que eu gosto de exercer esse papel do olhar nosso, papel do olhar do identificar sabe... a gente tá muito perto quatro horas com o aluno (S5-E1)</p> <p>[...] então acho que professor tem este papel de identificar e passar as demandas e cobrá-las né [...] (S5-E1)</p> <p>[...] mas que é fundamental [...] que a gente esteja atenta que às vezes a gente detecta coisas que as famílias ainda não viu né. (S6-E1)</p> <p>[...] perceber e começar a identificar, com o tempo ao longo do ano você consegue perceber até às vezes pela própria postura do aluno dentro da sala de aula se ele está bem se ele não está bem né, [...]. (S4-E1)</p>	Papel mediador do professor na identificação e encaminhamento precoce	Modelo de saúde que promove ações de prevenção em saúde em nível primário, secundário e terciário	6	30%

Acho que é fundamental esta parte aí de escola e saúde, ele é o imediato que está ali junto, ele que é o primeiro a perceber... às vezes até antes mesmo dos pais... da mãe. (S1-E1)

Acho que é fundamental esta parte aí de escola e saúde, ele é o imediato que está ali junto, ele que é o primeiro a perceber... às vezes até antes mesmo dos pais... da mãe. (S1-E1)

[...] eu gosto de ver de me responsabilizar e passar adiante pra quem vai encaminhar, então acho que o professor tem que ter este papel na sala de aula, identificou aquele aluno que “tá” com uma característica mais estranha uma coisa assim, a gente tem que relatar e encaminhar pra quem vai dar andamento [...]. (S5-E1)

Total 20 100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

APÊNDICE D - QUADRO SÍNTESE DE CATEGORIZAÇÃO

Quadro 5 - Síntese da categorização. Escola E2, Diamantina - 2016.

Escola 2					
Categoria	Unidade de Registro	Unidade de significação	Indicador	FA	FR
Biomédico	[...] quando os meninos passam mal, essas coisas, a escola já é conveniada com o hospital, e esses meninos dependendo da gravidade, esses meninos, a escola comunica a família, aciona o seguro que eles têm [...] e a escola leva para esse hospital, entendeu? (S4-E2) Ah, o próprio PSE, né, chamar ambulância, ter alguém específico que saiba primeiros socorros, que acho, que essencial hoje em dia na escola não tem isso, né, há um tempo atrás tinha mesmo [...]. (S2-E2)	Atendimento na fase aguda da doença	Modelo de saúde que foca a atenção ao sintoma na fase aguda da doença.	2	8%
	[...] vamos supor você coloca no foco a saúde e uma certa forma para evitar o mal que é o contrário que é a doença. (S3-E2) Se ele não quer a obesidade, não sei se esse é o caso, mas é um mal que está atingindo, então você não pode permitir que a pessoa fique obesa, tem que estar. Agora, se está tudo bem, você tem que cuidar, mas cuidou? (S3-E2)	Dicotomia saúde/doença	Modelo de saúde que considera saúde como ausência de doença.	2	8%
	[...] esse programa de saúde dentro da escola acontece e tudo que vem para somar é válido, mas, não, precisa ainda mais de assistência social, porque a gente está falando que é um todo, então isso está bem dentro também, uma assistência social, psicólogo, quem mais da saúde que pode vim aqui? Fisioterapeuta, de repente, às vezes o próprio médico vem aqui, o dentista vem aqui, entende. (S1-E2) [...] eu estou remetendo quando eu era aluno, que eu cheguei a estudar em escola da prefeitura [...] e tinha até dentista, né, por mais que eu tivesse o plano e tal de saúde, [...] mas, eu não vi ainda sabe, um dentista na escola, um médico na escola, e antes eu vi, como aluno eu vi. (S1-E2) Não, não só a sala, porque ele está na escola como um todo, então ele é o agente aqui dentro da escola que tem o contato, vamos supor, falei dos óculos, tem a questão odontológica, [...] (S1-E2)	Atendimento de saúde ofertado na escola	Modelo de saúde que preconiza o uso do espaço da escola para realizar atendimentos de saúde.	6	24%

	<p>[...] o pessoal do Posto de Saúde, essa semana já esteve aqui uma vez, para fazer... só que não tem como vir sempre, [...]Tem um programa... é um planejamento por turmas, por séries, então acho que eles não têm esse contato. (S4-E2)</p> <p>[...] mas pelo menos uma vez por ano, eles passam para fazer avaliação com os alunos... eu não sei se tem encaminhamento ao dentista. ((acha graça)) (S1-E2)</p> <p>Então, esse oftalmologista, sempre está aqui constante, ele sempre faz as consultas. (S4-E2)</p>				
	<p>[...] vai à escola, pega lá o ônibus, vai para fazer os exames, o menino já volta com os óculos que a prefeitura paga. (S4-E2)</p> <p>[...] fazia o exame oftalmológico, meio que nas “coxas”. Pronto, você precisa, vamos ver se vão ter um óculos. (S3-E2)</p> <p>Então, a prefeitura fazia assim, “olha, vamos fazer uma campanha agora, para verificar se tem algum aluno com a deficiência visual”. (S3-E2)</p>	Intervenções pontuais	Modelo de saúde que realiza os exames médicos periódicos indiscriminados, com base no assistencialismo. Modelo de saúde cujas ações têm como prioridade a intervenção pontual e a cura visando o não comprometimento da aprendizagem do aluno.	3	12%
Promoção da Saúde	<p>Eu acho que tem a ver com a qualidade de vida do ponto de vista físico e do ponto de vista mental. [...] essa qualidade de vida como um todo, assim, nessa... acho que uma forma individual e nessa relação com o meio em que esse indivíduo vive. (S1-E2)</p> <p>Olha, eu considero um conjunto de fatores, [...], o aspecto físico e mental, mas também é o conjunto de elementos sociais por trás disso. (S2-E2)</p> <p>[...] que eu disse a princípio, essa questão da relação com o meio, é o indivíduo com o bem-social. (S1-E2)</p> <p>Tem tudo isso que eles falaram, mas eu acho que também tem uma questão comportamental, de comportamento, não é? Tem a questão do social, mas de consciência também [...] conjunto de fatores, com certeza. (S3-E2)</p> <p>Conscientização, a gente tem consciência que a gente precisa cuidar e a gente não cuida. [...], eu tenho consciência que eu preciso fazer, mas não faço, e é isso que eu tento trabalhar na mente, para conseguir mudar os hábitos de saúde que a gente sabe que está errado, mas não faz. (S4-E2)</p> <p>Na minha opinião, essa questão da busca pela saúde, ela perpassa pela prevenção, só que o brasileiro em si, ele... ele não</p>	Fatores biopsicossociais	Conceito de saúde abrange desde os fatores biológicos e ambientais até os aspectos socioculturais, psíquicos, econômicos e políticos na determinação das condições de saúde e qualidade de vida.	4	16%
	<p>Conscientização, a gente tem consciência que a gente precisa cuidar e a gente não cuida. [...], eu tenho consciência que eu preciso fazer, mas não faço, e é isso que eu tento trabalhar na mente, para conseguir mudar os hábitos de saúde que a gente sabe que está errado, mas não faz. (S4-E2)</p>	Protagonismo do sujeito	Modelo de saúde que favorece o protagonismo do sujeito proporcionando autonomia no exercício de controle das suas condições de saúde e vida.	1	4%
	<p>Na minha opinião, essa questão da busca pela saúde, ela perpassa pela prevenção, só que o brasileiro em si, ele... ele não</p>	Fator cultural	Modelo de saúde que entende as práticas de saúde inseridas dentro	1	4%

tem tanto essa lógica, esse... que nem essa identificação com a questão da prevenção, né, age mais de momento, mas eu vejo que isso está mudando com o passar do tempo. (S2-E2)		de um contexto cultural.		
Agora, eu acho que teve um passo importante em relação a isso, quando você, por exemplo, regionaliza, aí quando eu falo em otimizar, de potencializar, isso mais ainda, para você não resolver questões de saúde de uma forma muito centralizada. (S1-E2)	Ações de saúde descentralizadas e integradas	Modelo de saúde voltado para ação integrada de saúde.	1	4%
[...] mas eu vejo o seguinte, que o PSE local, vamos supor, ele que eu me... ele não dá conta disso, mas tem a questão do pessoal do posto vem, eles vêm fazer essa avaliação odontológica, passa na sala, [...] (S3-E2) [...] mas o que eu entendo assim, sem a leitura, né, mas é assim, tem o local, mas é interligado, então quer dizer, ele (PSE) age com o apoio do Centro de Saúde, então com os encaminhamentos, [...] (S3-E2) [...] “ia” integrar todo mundo, a docência toda nesse projeto, [...] da educação em consonância com a saúde e que de uma forma que seja pertinente no trabalho ministrado de cada professor nas áreas de ensino. (S1-E2)	Ações intersetoriais	Modelo de saúde que preconiza a prática intersetorial.	3	12%
[...] em termos de projeto, eu acho, que parte muito do professor também, dentro da... de como ele amarra o conteúdo e da... sabe, pensar, não é só no conteúdo de matemática, não é só no conteúdo história, de geografia... enfim, é pensar no todo, então na hora que você está planejando a aula, você pensa nessas questões assim. [...] Então, eu acho que o professor ele tem que ter essa dimensão na hora que ele está planejando. (S1-E2) [...] num trabalho de cada um dos professores, ou dentro do que o professor acredita que deva fazer. [...] eu falo com propriedade em relação à história, isso é possível, muito possível, e a gente faz quase que naturalmente história, até porque o nosso suporte didático, sugere muitas coisas, [...] você faz uma conexão com a pertinência, [...]. (S1-E2)	Interdisciplinaridade	Modelo de saúde que favorece a prática interdisciplinar das ações voltadas para a saúde.	2	8%
			Total	25 100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

APÊNDICE E - QUADRO SÍNTESE DE CATEGORIZAÇÃO

Quadro 6 - Síntese da categorização. Escola E3, Diamantina - 2016.

Escola 3					
Categoria	Unidade de Registro	Unidade de significação	Indicador	FA	FR
Biomédico	Acho que seria um psicólogo mesmo e não para atendimento, que acho que não caberia aqui dentro, mas de um reforço... (S3-E3) [...] a minha experiência dentro da sala de aula, tenho alunos que entram em conflito uns com os outros o tempo inteiro e você vê que na maioria das vezes é um problema emocional, precisaria assim de um acompanhamento psicológico (S4-E3) [...] e se um psicólogo que tivesse ali, que fizesse o atendimento, que fizesse o diagnóstico, uma pré-avaliação daquela criança e falasse “olha, ele... ele precisa de um acompanhamento profissional, tal, tal, tal”, de repente seria uma coisa mais embasada, de mais peso para a família estar acordando e de repente estar correndo atrás. (S3-E3) Então, eu acho que nesse aspecto, seria muito importante mesmo, um profissional, um psicólogo, que tem aquela formação, que tem aquele olhar para estar direci... ajudando nesse direcionamento. (S3-E3).	Conhecimento especializado	Modelo de saúde que prioriza o conhecimento profissional do especialista	4	13,79%
	[...] que a gente percebe, que a gente pode estar dando um toque, orientando os pais, a saúde, encaminhando mesmo, aí elas chamam os pais e encaminha para o endocrinologista, encaminha para nutricionista, então é muita coisa na escola. (S2-E3) [...] olhar, como que está desorganizado, “aonde” está desorganizado, e encaminhar”, porque a própria família, às vezes adocece... (S1-E3)	Ações de diagnóstico e encaminhamento	Modelo de saúde que foca no diagnóstico da doença/sintoma e na atenção curativa	2	6,89%
	Claro que para isso, a pessoa tem que primeiro se ausentar de doença para que ela consiga estar no nessa... nessa... vamos dizer assim nesse estado de bem estar, para ela até conseguir se relacionar por meio de uma forma mais saudável, não é? (S4-E3) Principalmente não ter nenhuma doença, né, [...] (S4-E3)	Dicotomia saúde/doença	Modelo de saúde que considera saúde como ausência de doença	4	13,79

	<p>Igual, eu fico tão preocupada com... por exemplo a questão da obesidade,[...] com relação à saúde (S2-E3)</p> <p>[...] se tiver alguma doença, estar sobre controle, né, por exemplo, eu posso ter uma doença, mas ela está sobre controle de medicamento e eu considero que eu estou com a saúde. (S4-E3)</p>				
	<p>[...] mas nós tínhamos que ter um acompanhamento psicológico na escola, [...] (S4-E3)</p> <p>Eu acho que se o PSE tivesse um atendimento, vamos dizer assim voltados para essas questões psicológicas, como por exemplo, uma... uma... uma psicóloga atuando dentro da escola, (S4-E3)</p> <p>[...] o ano passado, nós tivemos uma experiência muito rica, [...] eram psicólogos e fizeram atendimento lá no anexo com os meninos [...] e eles que fizeram um atendimento dentro da escola, regular toda semana, [...] (S1-E3)</p> <p>Eu acho que tinha que ter profissionais, dentro da escola, dentro da escola. (S4-E3)</p> <p>Eu acho que se o PSE tivesse um atendimento, vamos dizer assim voltados para essas questões psicológicas, como por exemplo, uma... uma... uma psicóloga atuando dentro da escola,[...]. (S4-E3)</p> <p>[...] às vezes eu brinco lá na escola, que a gente tinha que ter uma assistência social, para ir na casa do aluno, para perceber, (S1-E3)</p>	Atendimento de saúde ofertado na escola	Modelo de saúde que preconiza o uso do espaço da escola para realizar atendimentos de saúde	6	20,68%
	E poderia estar até fazendo ações pontuais também na turma. (S1-E3)	Intervenções pontuais	Modelo de saúde cujas ações têm como prioridade a intervenção pontual e a cura visando o não comprometimento da aprendizagem do aluno	1	3,44%
Promoção da Saúde	<p>Para mim saúde, eh... está diretamente relacionada com qualidade de vida. Então, muitas pessoas acreditam que saúde seja a ausência da doença, mas para mim, se... vai muito além disso, além da ausência da doença, a pessoa tem que ter qualidade de vida. (S4-E3)</p> <p>É um conjunto de coisas que não é só a não doença. É, o</p>	Fatores biopsicossociais	Conceito de saúde que abrange desde os fatores biológicos e ambientais até os aspectos socioculturais, psíquicos, econômicos e políticos na determinação das condições de	6	20,68%

como que a pessoa se relaciona com o meio e que ela se proporciona melhores condições, então, tem várias ações que juntas, desde cuidar do... do bem-estar físico, do bem-estar mental, do se relacionar com alimentação, né, que vai interferir na saúde. (S1-E3)

Como que está a pessoa na saúde, psicologicamente e em vários outros aspectos. (S4-E3)

É esse... é esse conjunto... [...] físico, psíquico, não é? O relacionar com o meio mesmo é isso que foi falado. (S3-E3)

Estar bem em todos os aspectos. (S2-E3)

Então, eu acho que a questão psicológica, é negligenciada, porque tem todos os aspectos físicos de problemas físicos que é atendido prioritariamente, não que não deva ser, mas que tem que ser atendido outro aspecto também. (S4-E3)

[...] trabalha mais, então eu acho que a pessoa, muitas pessoas dão conta de tentar correr atrás, de fazer uma atividade física, uma alimentação melhor, mas é uma luta no dia a dia. (S3-E3)

[...] eu vejo talvez uma maior valorização, que eu não via antes, [...] pessoas procurando praticar atividade física, eu não sei se é o meio que eu me relaciono, mas eu percebo isso sendo mais utilizado hoje em dia do que antes, assim, a prática de atividade física ela não tinha... não tinha valor, não era explorada, né, hoje em dia você vê vários grupos, várias pessoas. (S4-E3)

Então, muitos dos nossos hábitos, são culturais, eu faço um monte de coisa, eu me estresso até no último grau, fico doente, aí eu procuro... para resolver aquilo. Ao invés de eu fazer uma prevenção, eu diminuí meu ritmo, eu abri mão de um “tantão” de coisa que me é dispensável... (S1-E3)

[...] porque os meninos entram... principalmente quando eles entram na escola, os meninos sofrem quando eles são frugais, quando eles são organizados, quando eles dormem cedo, porque o ritmo do grupo, não é aquele, aí ele é sempre o estranho. O aluno que traz só fruta, o iogurte, que senta, que dorme, que a mãe acompanha, ele é o estranho, porque o natural... (S1-E3).

saúde e qualidade de vida.

Protagonismo do sujeito

Modelo de saúde que favorece o protagonismo do sujeito proporcionando autonomia no exercício de controle das suas condições de saúde e vida.

2

6,89%

Fator cultural

Modelo de saúde que entende as práticas de saúde inseridas dentro de um contexto cultural.

4

13,79%

Hoje, criança com dois anos, a babá, é o celular, o *tablet*, entendeu? Então assim, tudo bem, ele tem uma coisa que está distraíndo, que está deixando um tempo livre para a mãe, mas aquilo causa problema de vista, causa confusão mental de [...] de acordo com o que ele está usando. (S1-E3) Porque, a saúde, ela é um produto de uma sociedade que está altamente competitiva, altamente capitalista e altamente consumista. [...] a gente vai consumindo e a gente vai entrando numa roda, e a gente não se preocupa com o que tem por trás e o que é que aquilo acarreta na saúde, [...]. (S1-E3)

Total 29 99,95%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.